

Cadernos de

Ciência e Saúde



Enfermagem e Farmácia

v. 2, n. 1/2012

ISSN 2236-9503

Ludmila Mourão Xavier Gomes (Org.)



CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORA CIENTÍFICA

Ludmila Mourão Xavier Gomes

EDITORES ASSOCIADOS

Dra. Dulce Aparecida Barbosa, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Ms. Carla Silvana Oliveira e Silva, Faculdades Santo Agostinho – FASA

Ms. Waldemar de Paula Júnior, Faculdades Santo Agostinho - FASA

CORPO EDITORIAL

Dra. Aline Oliveira Silveira, União Social Camiliana - USC, Brasil

Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Brasil

Dra. Giannina do Espírito-Santo, Centro Universitário Augusta Motta – UNISUAM, Rio de Janeiro, Brasil

Dra. Eunice Francisca Martins, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Brasil

Dra. Magda Santos Koerich, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Santa Catarina, Brasil

Dra. Kátia Conceição Guimarães Veiga – União Metropolitana de Educação e Cultura, UNIME, Bahia, Brasil

Dr. Roberto Borges Filho, Universidade Federal de Goiás – UFG, Brasil

REVISÃO LINGUÍSTICA

Nely Rachel Veloso Lauton

DIAGRAMAÇÃO

Coordenação: Naiara Vieira Silva Ivo

Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Alice Almeida

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho , 2011-
v. : il. 28 cm.

Semestral
Vol. 1, n. 2, 2011.
Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.
ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.

EDITORIAL	5
ARTIGOS ORIGINAIS	7
PERFIL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE PESQUISADORES ENFERMEIROS COM BOLSA DE PRODUTIVIDADE CNPQ <i>PROFILE OF THE SCIENTIFIC PRODUCTION OF NURSE RESEARCHERS OF CNPQ PRODUCTIVITY SCHOLARSHIP HOLDERS</i>	7
COMPREENDENDO A SEXUALIDADE DE MULHERES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA – SP <i>UNDERSTANDING SEXUALITY IN WOMEN IN A FAMILY HEALTH UNIT IN THE CITY OF MARÍLIA – SP</i>	15
CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSAS EM UMA INSTITUIÇÃO ASILAR DE MONTES CLAROS, MG <i>ELDERLY PEOPLE'S FOOD CONSUMPTION AT A NURSING HOME IN MONTES CLAROS- MG</i>	27
PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUANTO ÀS VIAS DE PARTO <i>PERCEPTION OF WOMEN ABOUT THE WAYS OF DELIVERY</i>	41
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS – MG, NO PERÍODO DE 2001-2010 <i>EPIDEMIOLOGICAL PATTERN OF DENGUE IN MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, FROM 2001 TO 2010</i>	53
ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO	51
ATIVIDADE FÍSICA E HIDRATAÇÃO <i>PHYSICAL ACTIVITY AND HYDRATATION</i>	61
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: RESGATANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA <i>NURSING CARE TO PATIENT INVASIVE MECHANICAL VENTILATION: RESCUING THE SCIENTIFIC PRODUCTION</i>	71
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA <i>NURSING CARE IN THE PREVENTION OF PRESSURE ULCERS: REVIEW OF LITERATURE</i>	81
INSTRUÇÕES AOS AUTORES	91

COMO SE ENVOLVER NO UNIVERSO DA PESQUISA EM SAÚDE?

Ludmila Mourão Xavier Gomes¹

Nas últimas décadas houve um aumento vertiginoso da produção científica na área da saúde. Destaca-se que o número de artigos científicos publicados cresceu substancialmente. Outra questão a ser considerada é que houve o surgimento de novos periódicos científicos na área da saúde e, além disso, verifica-se a preocupação das instituições de ensino superior em produzir 'pesquisa'.

A formação dos Grupos de Pesquisa nas instituições de ensino superior e hospitais fortaleceu o crescimento e a difusão da produção científica na área da saúde, pois propiciou ao acadêmico/estudante do curso da área da saúde o contato mais próximo e mais íntimo com a pesquisa. Dessa forma o acadêmico toma conhecimento de que a pesquisa nasce com uma curiosidade, com uma pergunta não respondida e passa a utilizar as etapas do processo científico para responder a essa indagação.

É fato: todos profissionais de saúde já passaram pela academia e muitos não puderam vivenciar a pesquisa durante a própria graduação. Durante muitos anos formaram-se profissionais sem contato próximo com a pesquisa.

Mas neste momento faço o seguinte questionamento que se refere aos profissionais de saúde e aos acadêmicos/estudantes: Como se envolver no universo da pesquisa em saúde?

Ressalto que esse texto não se propõe a apresentar soluções, embora tenha a pretensão de suscitar reflexões em torno da discussão aqui apresentada.

Os estudantes na área da saúde ficam às vezes confusos sobre a necessidade de ingressar em um grupo de pesquisa, ou de fazer uma iniciação científica ou produzir artigos e resumos para publicação em anais e até apresentar trabalhos em eventos.

Quanto a essa questão, é fato que a pesquisa não é de responsabilidade do acadêmico/estudante (POLIT; BECK, 2011). Os estudantes podem ser apenas consumidores das pesquisas por meio da leitura e discussão das publicações científicas. Entretanto, o estudante que se aproximar da pesquisa na graduação irá desenvolver habilidades que o ajudarão a se atualizar constantemente na carreira profissional, após egresso, bem como mais facilidade para entrar em uma pós-graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado) e ter menos dificuldades em desenvolver e concluir o trabalho final (dissertação e tese).

Uma questão a ser considerada é que é de responsabilidade do profissional de saúde engajar-se em um ou mais papéis ao longo de uma pesquisa. Os profissionais que estão na indústria, em laboratórios, na assistência e cuidado a pacientes, exercendo sua profissão na *prática* podem participar da pesquisa por meio de um processo indireto (HOSKINS; MARIANO, 2004). Eles seriam consumidores das pesquisas, pois leem relatos científicos

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros e Editora da Científica da Revista *Cadernos de Ciência e Saúde*.

para se manterem atualizados sobre os achados relevantes que podem modificar ou mesmo sua prática profissional.

De outro lado estão os profissionais de saúde que são os chamados *pesquisadores*–produtores da pesquisa em saúde (HOLDEN, 2009). Esses trabalham no planejamento e na implementação das pesquisas em saúde. Inicialmente esses pesquisadores eram somente os professores das instituições de ensino superior. Hoje temos pesquisadores que são profissionais de saúde atuantes na prática (POLIT; BECK, 2011).

Considerando a teoria e a prática e também como cada um desses atores podem se engajar na pesquisa em saúde Polit e Beck (2011) citam algumas atividades tais como:

- Participação em grupos no ambiente de trabalho, com encontros regulares, que visam à discussão e a análise crítica de artigos de pesquisa;
- Participação de grupos de pesquisa em instituições de ensino superior e em hospitais;
- Apresentação de trabalhos em eventos científicos em conferências;
- Avaliação das pesquisas concluídas quanto ao seu potencial para a prática por meio da prática baseada em evidências (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005);
- Discussão das implicações e da relevância dos resultados dos estudos na perspectiva dos clientes;
- Auxílio em desenvolvimentos de projeto de pesquisa;
- Auxílio na etapa de coleta de dados como, por exemplo: distribuir o questionário para os usuários, ajudar a definir a população, entre outras atribuições;
- Fazer parte de um comitê institucional que avalia os aspectos éticos das pesquisas propostas antes de sua realização;
- Utilização dos resultados das pesquisas na prática profissional.

O conhecimento da pesquisa em saúde pode aprofundar e ampliar a prática do profissional de saúde. Dessa forma, fica aberto aqui o convite para todos que desejarem fazer parte do universo da pesquisa! Então enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, odontólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas e profissionais de outras áreas afins vamos nos envolver com as atividades da pesquisa científica. O convite se estende também ao desenvolvimento de pesquisas para serem publicadas neste periódico interdisciplinar voltado para a área das ciências da saúde.

REFERÊNCIAS

HOLDEN, J.E. Basic science is not nursing research? If it isn't, what is? [editorial]. *West J Nurs Res.*, v.31, n.7, p.815-817, 2009.

HOSKINS, C.N.; MARIANO, C. *Research in nursing health: understanding and using quantitative and qualitative methods*. 2. ed. New York (US): Springer; 2004.

MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7.ed. São Paulo: Artmed; 2011.

**PERFIL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE PESQUISADORES ENFERMEIROS COM
BOLSA DE PRODUTIVIDADE CNPq**

Jussara Gue Martini¹; Sandra Greice Becker²; Ana Maria Farias da Silva³;
Juliana Fernandes da Nóbrega⁴; Cristiane Alves⁵

RESUMO: Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil da produção científica de pesquisadores enfermeiros, doutores, bolsistas de produtividade PQ/do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) classificação 1, níveis A, B, C e D. Baseado nos indicadores bibliométricos registrados no currículo Lattes e publicados no ano de 2008. Foram identificados 52 pesquisadores, a maioria fez o curso de doutorado no Brasil (94.2%) e somente 5.8% fora do país e 25% possuem a titulação Pós-Doutorado. Os bolsistas pertencem a 12 instituições de ensino superior, 75% atuam nas instituições públicas. Publicaram 364 artigos completos em periódicos científicos com predomínio em publicações nacionais (91,5%), seguidos da língua inglesa (6,8%) e 1,7% no idioma espanhol. Registra-se a participação em 363 eventos, sendo 138 internacionais, 99 nacionais e 55 locais, que resultaram em 492 publicações em anais. A análise permitiu reunir indicadores de crescimento e desenvolvimento da Enfermagem Brasileira enquanto ciência e tecnologia.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa em Enfermagem; Bibliometria; Ciências da Saúde; Enfermagem.

**PROFILE OF THE SCIENTIFIC PRODUCTION OF NURSE RESEARCHERS OF CNPq
PRODUCTIVITY SCHOLARSHIP HOLDERS**

ABSTRACT: This study aimed to know the profile of Scientific Production of nurse researchers, doctors and productivity scholarship holders of CNPq (**National Council for Scientific and Technological Development**) classification 1, levels A, B, C and D. Based on bibliometric indicators recorded in the Curriculum Lattes and published in 2008. 52 researchers were identified. As for their training, the majority 94.2%, attended Graduate School in Brazil and only 5.8% outside of the country. And 25% have a doctorate degree. The scholarship holders belong to 12 Higher Education Institutions and 75% work in public institutions. They have

¹ Doutora em Educação. Docente e pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. jussarague@gmail.com

² Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Doutoranda PEN/UFSC. Docente e pesquisadora na Universidade Federal do Amazonas- UFAM. E-mail: sandra.g.becker@gmail.com.

³ Mestre em Enfermagem pela UFSC. Doutoranda PEN/UFSC. Docente e pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: anamaria@nfr.ufsc.br Endereço: Servidão Victor Chagas, 396, Campeche, Florianópolis – SC, CEP:88063-550.

⁴ Enfermeira pela UFSC. Pós-graduanda do curso de Especialização em Saúde Pública da UFSC. Docente no curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). E-mail: julianavf@hotmail.com

⁵ Enfermeira pela UFSC. Pós-graduanda do curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho da Univali. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Alfredo Wagner - SC. E-mail: crisisnfr@yahoo.com.br.

Recebido em: 24/08/2011 . Aprovado em: 10/12/2011

published 364 articles in Scientific Journals most of them, 91.5%, in national publications followed by 6.8% in English and 1.7% in Spanish. Their participation in events totaled 363, of which 138 were international events, 99 national and 55 were local events which resulted in 492 publications in Annals. The analysis allowed to gather indicators of growth and development of the Brazilian Nursing as a Science and Technology.

KEY WORDS: Nursing Research; Bibliometrics; Health Sciences; Nursing.

INTRODUÇÃO

Com o progresso da ciência e da tecnologia, cada vez mais os pesquisadores assumem o compromisso de publicar os resultados de seus estudos, que representam a essência da pesquisa científica. O avanço do conhecimento produzido pelos pesquisadores tem de ser transformado em informação acessível para a comunidade científica. A bibliometria é um meio de situar a produção de um país em relação ao mundo, de uma instituição em seu país e, até mesmo, cientistas em relação às suas próprias comunidades. Os estudos bibliométricos podem ajudar tanto na avaliação do estado atual da ciência como na tomada de decisões e no gerenciamento das pesquisas (MACIAS-CHAPULA, 1998). Desde o surgimento dos primeiros periódicos ou revistas científicas, o número de publicações vem crescendo consideravelmente e representa um importante instrumento de comunicação da pesquisa científica. Na área da saúde e especificamente na Enfermagem, identificamos um impulso no número de publicações em revistas da área, que pode indicar o avanço e a consolidação desta disciplina. O aumento da produção de artigos científicos pode representar um maior número de pesquisadores e, ainda, incentivo do governo em políticas de apoio e fomento da pesquisa científica e tecnológica e à formação de recursos humanos para a pesquisa no país. No campo da produção de ciência e tecnologia, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) registra, na plataforma Lattes, o currículo de 104.569 doutores, distribuídos em 27 unidades federativas ou estados brasileiros. A área das ciências exatas e da terra detém, hoje, o maior número de doutores, seguida das Humanas, com 14.089 doutores e, em terceiro lugar, a área da Saúde, com 12.997 doutores. Destes, 1.943 são da Enfermagem (CNPq, 2008) O CNPq oferece várias modalidades de bolsas, dentre as bolsas individuais, concedidas a pesquisadores no País, está a de Produtividade em Pesquisa (PQ). Essa modalidade de bolsa tem a finalidade de distinguir o pesquisador, valorizando sua produção científica segundo critérios normativos, estabelecidos pelo CNPq e pode ser solicitada pelo pesquisador que tem o título de doutor. Quanto ao enquadramento e classificação das bolsas, estas podem ser por categoria: Pesquisador Sênior, que deve ter 15 (quinze) anos, no mínimo, com bolsa de Produtividade em Pesquisa na categoria 1, nível A ou B, do CNPq; o pesquisador 1 com 5 (cinco) anos, no mínimo, de doutorado, e o Pesquisador 2 com 2 (dois) anos, no mínimo, de doutorado, completos por ocasião da análise da proposta pelo Comitê de Assessoramento (BRASIL, 2009). Considerando o Nível, para a categoria 1, o pesquisador será enquadrado em quatro diferentes níveis (A, B, C ou D). O enquadramento é feito de acordo com sua produção científica, participação na formação de recursos humanos e sua contribuição para a produção de conhecimento.

Este estudo tem como objetivo conhecer o perfil da produção científica de pesquisadores enfermeiros, doutores, bolsistas de produtividade PQ/do CNPq classificação 1, níveis A, B, C e D. Optamos em fazer esse recorte porque esses pesquisadores bolsistas são

considerados, pelos pares, profissionais com alta produtividade, tendo maior responsabilidade no desenvolvimento da produção científica da Enfermagem, enquanto área de conhecimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, baseado nos indicadores bibliométricos da produção bibliográfica realizada por pesquisadores brasileiros e seus grupos de pesquisa da área da enfermagem e publicada no ano de 2008. Realizamos uma busca no portal do CNPq, identificando 52 pesquisadores, enfermeiros, bolsistas de produtividade CNPq 1A, 1B, 1C e 1D (CNPq, 2009a). Todos foram incluídos no estudo.

A pesquisa foi iniciada no mês de fevereiro de 2009 e foi operacionalizada da seguinte forma: 1) Elaboração do projeto, definindo objetivos, questão de pesquisa: Qual o perfil de produção dos pesquisadores enfermeiros, bolsistas de produtividade CNPq.? E, quais as variáveis a serem coletadas; 2) Em seguida, foi realizada a busca no site do CNPq, para identificar quem eram os enfermeiros bolsistas de produtividade PQ/CNPq; 3) Após, foi realizada a busca, na Plataforma Lattes, do currículo de cada pesquisador; 4) Em seguida, procedeu-se à coleta das informações, sobre o ano de 2008, conforme as variáveis: local da instituição do pesquisador, número de artigos publicados e área temática das publicações em periódicos, quais os periódicos que obtiveram publicações; quantos resumos simples, expandidos e trabalhos completos, publicados em anais de eventos científicos, quantas participações em eventos, livros e capítulos de livros publicados; em que lugar cursaram doutorado e pós-doutorado. 5) Todos os dados foram agrupados em planilhas eletrônicas, analisados de forma temática, conforme cada variável, sendo os resultados apresentados de forma descritiva.

Dessa forma, os sujeitos deste estudo foram os bolsistas de produtividade PQ/CNPQ e o campo de pesquisa a Plataforma Lattes (CNPq, 2009b).

O currículo Lattes de pesquisadores brasileiros é de domínio público e pode ser consultado por meio de endereço eletrônico. Ele registra a vida intelectual pregressa e atual dos pesquisadores, sendo elemento indispensável à análise de mérito e competência dos pleitos apresentados à Agência (CNPq, 2008).

Considerando as questões éticas e a natureza deste estudo, que é uma pesquisa bibliométrica, os autores desta pesquisa chegaram ao entendimento de que se torna dispensável autorização dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Optou-se por não explicitar o nome dos sujeitos, ainda que eles estejam publicados nas bases de dados que regulam e normatizam a produção da ciência no Brasil. Outra preocupação foi não tecer considerações sobre a publicação individual de cada pesquisador, considerando sempre o global dos dados, ratificando nosso interesse em levantar indicadores bibliométricos de produção científica na área de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos pesquisadores

No período em estudo, identificamos 52 pesquisadores bolsistas de produtividade PQ/CNPq, categoria 1, da Enfermagem brasileira, conforme detectado no site CNPq em fevereiro de 2009. Destes um era do sexo masculino e os demais do sexo feminino.

Quanto à formação dos pesquisadores, identificamos que a maioria fez o curso de

doutorado no Brasil (94.2%) e somente 5.8% fora do país. Em relação à formação de Pós-Doutorado, 25% dos pesquisadores possuem a titulação, destes 3.8% realizaram seus estudos no Brasil e os demais (96.2%) no exterior, em países, como Canadá, EUA, França, Itália, Japão e Inglaterra. Os docentes da Pós-Graduação têm-se mobilizado para trocas de conhecimento com pesquisadores internacionais, realizando cursos de pós-doutorado, desenvolvendo pesquisas em parcerias e firmando convênios com instituições, visando o aprimoramento e avanços nos modelos de ensino (RODRIGUES *et. al*, 2008).

Em relação às instituições onde os pesquisadores realizaram sua formação de doutorado no Brasil, destacamos que todas são públicas, federais ou estaduais. A maioria dos pesquisadores, 57.7%, teve sua formação na Universidade de São Paulo (USP); 11.5% na Universidade Federal do Rio de Janeiro; 9.6% na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 5.7% na Universidade Federal de Santa Catarina e, 1.92% na Universidade Federal da Bahia e na Fundação Oswaldo Cruz. Referente à distribuição dos bolsistas, quanto ao local de trabalho, pertencem a 12 diferentes instituições de ensino superior, das quais 7 são instituições federais, 4 estaduais e 1 do ensino privado. Portanto, 75% deles atuam em instituições públicas. Na distribuição dos bolsistas por Estado de atuação, a grande maioria é do estado de São Paulo, com 34 pesquisadores atuantes na USP e UNIFESP, 5 do Rio de Janeiro, 3 de Santa Catarina, 3 do Rio Grande do Sul. Os demais estados têm representação inferior a três bolsistas de produtividade PQ-CNPq.

Desde a criação dos primeiros programas de mestrado (1972) e doutorado (1981), a pós-graduação em Enfermagem, no Brasil, tem a missão de contribuir na construção de novos conhecimentos em benefício da sociedade (MARZIALE; MENDES, 2007).

Contudo, ressaltamos que o desenvolvimento da pesquisa no contexto histórico brasileiro, não derivou de um processo espontâneo de crescimento da produção científica e do aperfeiçoamento da formação de seus quadros, mas sim de uma política deliberada do Estado (MARZIALE, 2005).

Nessa perspectiva, discute-se que, nos 38 anos de ensino de pós-graduação em Enfermagem no Brasil, a região sudeste foi a que primeiro se estruturou no país e se mantém com maior capacidade de produção em pesquisa e número de pesquisadores.

O primeiro curso de doutorado em Enfermagem no Brasil e na América Latina foi na Escola de Enfermagem da USP, em conjunto com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP (doutorado inter-unidades). A produção científica de Enfermagem no Brasil teve como ponto alto a implantação desse curso, uma vez que o doutorado constituiu na culminância do processo de implantação da preparação formal de pesquisadores em enfermagem no país (NOGUEIRA, 1982).

Após-graduação da Universidade de São Paulo- USP, mantém cerca de 28% da produção científica brasileira que, em 2006, ocupava a 15ª posição mundial. Tem 230 programas, que representam 10% dos cursos de pós-graduação oferecidos no Brasil, conforme divulgado na sua página eletrônica (USP, 2009).

Níveis de classificação dos pesquisadores por categoria de bolsas

Considerando o Nível, para a categoria 1, o pesquisador pode ser enquadrado em A, B, C ou D. O enquadramento é feito de acordo com sua produção científica, participação na formação de recursos humanos e sua contribuição para a área de Enfermagem. Neste estudo, constatamos que, conforme os níveis de classificação por categoria, existem hoje 10 pesquisadores 1 A, que compreendem 19,2% dessa categoria; na categoria 1B, temos

14 pesquisadores, equivalentes a 26,9 da categoria; na categoria 1C são 20 pesquisadores, que correspondem a 39%; e na categoria 1D são 8 pesquisadores, equivalentes a 15%. Observa-se que a maioria dos bolsistas estão inclusos na categoria C, totalizando 39%.

Produção científica dos pesquisadores

Quanto às publicações em periódicos científicos, os pesquisadores publicaram 364 artigos completos no ano de 2008, podendo haver alguma duplicação na contagem, em decorrência de coautorias. Os periódicos mais utilizados como veículos de divulgação foram, em primeiro lugar, a Revista da Escola de Enfermagem da USP com 27 artigos (7,4%), seguida da Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto) com 26 (7,1%), na sequência a Acta Paulista de Enfermagem e a Revista Brasileira de Enfermagem, ambas com (6,5%) 24 publicações. Identificamos o predomínio de publicações nacionais 91,5%, seguidos por periódicos da língua inglesa (6,8%) e, por último, no idioma espanhol com 1,7%.

Ainda que a produção da enfermagem tenha muito a ver com os problemas de saúde da população brasileira e, neste estudo, predominam publicações em periódicos nacionais, destacamos que o intercâmbio internacional é fundamental para o crescimento científico e visibilidade da categoria na produção de conhecimento para a saúde.

Um estudo realizado em 2010 destaca alguns desafios que os pesquisadores de enfermagem terão que percorrer para atender à política do CNPq e dos órgãos de fomento à pesquisa, visando ter os seus projetos aprovados: atender às prioridades de pesquisa das agendas nacionais, bem como, às necessidades de fundamentação da própria Enfermagem na produção do seu conhecimento e impulsionar o processo de internacionalização da produção científica da Enfermagem brasileira, através do fortalecimento das revistas científicas nacionais (SALES; BARREIRA, 2010).

Em relação à produção na modalidade de **capítulos** de livros ou livros, registraram-se 8 livros publicados e 79 capítulos. A publicação em forma de livro esteve, nos últimos anos, pouco estimulada pelas agências de fomento, contudo a política foi reformulada e, na avaliação do triênio 2007/2009 pelo QUALIS/CAPES, a ficha de avaliação contempla aspectos formais da obra e avaliação qualitativa do conteúdo que será realizada por consultores *ad hoc*, com base na relevância da temática, no caráter inovador e potencial de impacto (ERDMANN; FERNANDES, 2009).

Quanto à participação em eventos, no ano de 2008 os pesquisadores foram a 363 eventos, destes 138 foram internacionais, 99 nacionais e 55 locais, resultando em 492 publicações em anais. Resumos simples foram 399 e representam 81%; 46 resumos expandidos, 9.3% e 47 trabalhos completos publicados, 9.5%.

Essa geração de pesquisadores líderes de grupos de pesquisa com produção científica internacional integra o movimento de internacionalização da produção científica, surgido em meados de 2000, através do intercâmbio dos PPGs com as universidades estrangeiras, do incremento de eventos científicos internacionais e de publicações de artigos em periódicos internacionais (SALES; BARREIRA, 2010).

Distribuição dos pesquisadores por áreas temáticas de publicação de periódicos

As áreas temáticas de publicação dos 364 artigos identificados foram classificadas em 10 categorias, sendo a média obtida pela divisão entre produção total e o número dos pesquisadores igual a 6,5 artigos por pesquisador.

A categoria **Saúde do Adulto** contemplou as temáticas sobre saúde do trabalhador e doenças crônicas. Essa foi a categoria de maior ocorrência dentre as publicações, com 28,4%. Em segundo lugar, a categoria **Gestão/administração**, incluindo as temáticas gerência de serviços, sistematização e avaliação da assistência com 12,4%; em 3º lugar, a categoria **Reflexão teórico Filosófica**, com as temáticas história e teorias de enfermagem que correspondeu a 10.9%; em 4º lugar, a categoria **Saúde da Criança e do adolescente**, com as temáticas trabalho e violência doméstica, aleitamento materno e cuidados ao neonato com 10.3%; em 5º lugar, **Educação e pesquisa em Enfermagem e Saúde**, com as temáticas de educação continuada e ensino de pós graduação e graduação com 8.8%; em 6º lugar, **Saúde mental**, com as temáticas álcool e drogas, depressão com 7.1%; em 7º lugar, **Saúde do idoso**, com as temáticas Alzheimer, Parkinson e envelhecimento com 6.8%; em 8º lugar, **Saúde da Mulher**, com as temáticas gestação, puerpério, climatério e planejamento familiar com 5.6%, em 9º e 10º lugar, respectivamente com 4,7% cada, as categorias **Ética e comunicação**, abordando relacionamentos e estratégias comunicacionais e a categoria **Saúde pública**, incluindo as temáticas saúde da família, políticas de saúde coletiva e cuidados na atenção básica.

Comparando esses resultados com outro estudo realizado em 2003, em que as sub-áreas predominantes de pesquisa foram da categoria fundamentos dos processos de cuidar, seguidas da área de assistência em enfermagem do adulto, podemos dizer que houve uma pequena mudança nos focos de estudo dos pesquisadores. O estudo revela, ainda, a concentração dos pesquisadores e aponta para a necessidade de estabelecimento de estratégias de inclusão e de incentivo à demanda por financiamento à pesquisa por eles desenvolvida. Ressalta-se, por fim, a importância de atualização das sub-áreas em consonância com o fortalecimento da produção científica (MENDES *et. al*, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das publicações permitiu avaliar a produção científica dos pesquisadores, aspecto importante na avaliação dos programas de pós-graduação, já que um dos eixos norteadores é a análise da produção científica. Destacamos a produção de artigos em periódicos como a principal forma de divulgação do conhecimento produzido, seguida da apresentação de trabalhos em eventos. Esse fato pode estar associado à valorização dessas formas de veiculação científica pelo órgão avaliativo e agências de fomento às pesquisas.

Em relação às fragilidades metodológicas deste estudo, apontamos o fato de que os artigos que possuem coautoria são citados pelo igual número de coautores, levando a uma superestimação da produção científica.

Ainda que a enfermagem represente o maior quantitativo de recursos humanos atuantes na área da saúde e realize pesquisas para melhorar as condições de vida e de saúde da população, faz-se necessário aumentar sua visibilidade e expressão científica, em âmbito internacional. Conhecer o perfil desses pesquisadores, que estão no topo da cadeia produtiva da ciência e tecnologia em Enfermagem, permite reunir indicadores de crescimento e desenvolvimento da Enfermagem Brasileira, enquanto ciência e tecnologia, possibilitando avaliar o impacto dessa produção na prática profissional.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção de artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. RN- 016/2006. Anexo I. Bolsas individuais no país. Dispõe sobre nova redação dada pela RN 009/2009. Produtividade em Pesquisa - PQ - Norma Específica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 30 de abril de 2009. Disponível em: <http://www.cnpq.br/normas/rn_06_016_anexo1.htm#7>. Acesso em: 06 abr. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO - CNPq. *Plataforma Lattes*. Histórico. Brasília (DF): BRASIL; 2008. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/conteudo/historico.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO - CNPq. *Lista de pesquisadores CNPq* (Grande área Ciências da Saúde – Enfermagem 1A;1B;1C; 1D). Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO - CNPq. *Plataforma Lattes*. Busca por Currículo Lattes. Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

ERDMANN, A.L.; FERNANDES, J.D. *COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES: critérios de classificação do Qualis por área triênio 2007-2009*. Disponível em: <<http://www.qualiscapes.gov.br/webqualis/consultacriterio2008.faces>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

MACIAS-CHAPULA, C.A. O papel da informetria e da cienciometria e sua perspectiva nacional e internacional. *Ci Inf.*, v.27, n.2, p.134-140, 1998.

MARZIALE, M.H.P. Produção científica da enfermagem brasileira: a busca pelo impacto internacional. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.13, n.3, p.285-6, 2005.

MARZIALE, M.H.P.; MENDES, I.A.C. A inserção Social da Pós Graduação em Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.15, n.5, p.883-4, 2007.

MENDES, I.A.C. et. al. Classificação dos pesquisadores/consultores da área de enfermagem no CNPq: contribuição para um banco de dados; *Rev bras enferm.*, v.56, n.5, p.488-493, 2003.

NOGUEIRA, M.J.C. Pesquisa em enfermagem no Brasil- Retrospectiva Histórica. In: *Seminário Nacional Sobre Ensino de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem*. 1982. Brasília, Brasil: Avaliação e Perspectivas. Relatório. Brasília: CNPq/ABEn;1982.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Doctoral education in nursing in Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.16, n.4, p.665-671, 2008.

SALLES, E.B.; BARREIRA, I.A. Formação da comunidade científica de enfermagem no Brasil. *Texto Contexto Enferm.*, v.19, n.1, p.137-46, 2010.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. A USP. Histórico. Disponível em: <<http://www4.usp.br/index.php/a-usp>>. Acesso em: 17 abr. 2009.

COMPREENDENDO A SEXUALIDADE DE MULHERES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA – SP

Susiane Sucasas Frison¹, Renata Shimizu Locatelli da Rosa²

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi estudar a percepção da sexualidade entre mulheres de uma Unidade de Saúde da Família no município de Marília - SP, numa perspectiva integral, considerando os seus significados e sua importância no contexto de vida. Foram aplicados 249 questionários semiestruturados em mulheres de 10 a 39 anos (faixas etárias de maior concentração – 58,5%) escolhidas aleatoriamente, os resultados foram tratados pela análise de conteúdo. Observou-se que as questões de gênero são marcantes no desempenho dos papéis femininos, que há alienação do corpo, dos sentimentos e dependência do outro para a ocorrência de satisfação e plenitude. Em contrapartida, há mulheres que demonstraram interesse em conhecer seu poder e seu potencial, como aproveitá-los na relação, até onde vão seus direitos, necessidades de prazer e afeto, o que se espera dar e receber e, principalmente, o que é melhor para si. As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como outras modalidades de equipes, devem estar sensibilizadas e atentas para acolher eventuais comportamentos e queixas relacionadas à sexualidade. A comunicação deve ser uma via de dois sentidos, com um olhar holístico, cujo resultado final será uma abordagem integral e construtiva da saúde, dando margem ao início de um trabalho que pode se estender ao coletivo, grande propósito da prevenção, promoção e educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; Mulher; Atenção Primária, Enfermagem.

UNDERSTANDING SEXUALITY IN WOMEN IN A FAMILY HEALTH UNIT IN THE CITY OF MARÍLIA – SP

ABSTRACT: The aim of this study was the perception of sexuality between women in a Family Health Unit in the city of Marília - SP, in a comprehensive perspective, considering their significance and their importance in the context of life. 249 semi-structured questionnaires were applied in women 10 to 39 years (age range of greatest concentration - 58.5%) randomly chosen, the results were processed by content analysis. It was observed that gender issues are prominent in the performance of female roles, there is alienation from the body, feelings, and dependence on others for the occurrence of satisfaction and fulfillment. By Contrast, there were women Who expressed interest in knowing their Power and their potential, how to use them in the relationship, going so far as their rights and needs of pleasure and affection, wich is expected to give and receive, and especially what is better for themselves. The teams from the Family Health Strategy (FHS), as well as other types of staff should be aware and alert to receive any complaints and behaviors related to sexuality. Communication should be a two way street, with a holistic look at whose end result will be a full and constructive approach to health, giving rise to the beginning of a work that can be extended to the collective, the greatest purpose of prevention, promotion and education health.

KEYWORDS: Sexuality, Women, Primary Health Care, Nursing.

¹ Enfermeira Pós-Graduada em Saúde da Família e Comunidade pela Faculdade de Medicina de Marília – SP. E-mail: susianef@hotmail.com

² Enfermeira Mestre pela Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Medicina de Marília – SP. E-mail: rerosa@famema.br

Recebido em:28/08/2011
Aprovado em:13/11/2011

INTRODUÇÃO

A consciência sobre sexualidade, seu exercício e seus significados vem sendo modificada ao longo da história. No Brasil, ao final do século XIX, a ciência e as técnicas de saúde eram subdesenvolvidas e precárias, a população que possuía recursos financeiros recorria a médicos, curandeiros, parteiras, barbeiros, e os pobres recebiam assistência de iniciativas filantrópicas. Na primeira metade do século XX (anos 20 a 50), o governo implementou ações no combate de doenças venéreas (a sexualidade fica restrita ao controle de doenças sexualmente transmissíveis - DSTs), atenção à maternidade, preocupando-se com a saúde da criança e aplicação de tecnologias educativas que disciplinam o exercício conjugal e sexual, sobretudo da vida feminina. Na década de 70, foi oficializado o Programa Materno Infantil (PMI) que realiza ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, estimulando a amamentação e contracepções (DIU, pílulas hormonais e esterilização) dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos (MANDÚ, 2002).

A Constituição Federal de 1988 trouxe ao Brasil um processo de redemocratização e um novo sistema de atenção à saúde, no qual o Estado configurava-se como responsável por sua execução e qualquer cidadão brasileiro teria direito e acesso aos serviços e ações de saúde. Exigia uma mudança contundente no modelo de atenção à saúde, até então em vigência, que era pautado na centralização, na medicalização, nos hospitais e no caráter curativo, por um modelo voltado para a prevenção e promoção da saúde, baseado principalmente em atividades coletivas (VALENTIM, 2007).

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), há a formação de seus princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização; equidade; e integralidade, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (MACHADO, 2007).

Somente na década de 80 e 90, a saúde, sexualidade e reprodução passam a ser constituintes dos direitos sociais. No início dos anos 80, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado, visando ao acompanhamento da gestação, parto, puerpério, controle de Dsts, câncer ginecológico, medidas de contracepção e tratamento da infertilidade, ações baseadas em medidas clínicas e educativas. Nos anos 90, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde – PACS - (1991) e o Programa de Saúde da Família – PSF - (1994) surgem com o intuito de articular as várias ações assistenciais ao grupo e suas necessidades, incluindo o cuidado à reprodução e sexualidade nas diferentes faixas etárias, visando à universalização do acesso e à garantia da integralidade assistencial (MANDÚ, 2002).

A Unidade de Saúde da Família (USF) estudada localiza-se na zona norte do município de Marília – SP - abrange dois bairros que eram divididos em cinco microáreas, cada uma sob a responsabilidade de um agente comunitário de saúde (ACS). A equipe era formada por 12 funcionários fixos: cinco ACS, uma enfermeira, uma médica, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma auxiliar de serviços gerais e duas auxiliares de enfermagem. A unidade também recebia residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e alunos do primeiro e segundo ano de medicina e enfermagem da FAMEMA.

Segundo dados do SIAB (2007), a população total era de 2.686 habitantes, sendo 1.267 homens (47%) e 1.419 mulheres (53%). Tendo em vista que essa população constituía-se, predominantemente, por adultos em fase reprodutiva, cujo sexo feminino apresentava destaque, a proposta desse trabalho foi estudar a percepção da sexualidade entre o público

feminino pertencente à área de abrangência da USF numa perspectiva integral, levando em consideração seus significados e importância no seu contexto de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Ao se definir a forma de investigar o objeto de estudo tem-se que o trabalho de campo constitui uma possibilidade de se realizar uma aproximação com o que se deseja conhecer e estudar. Este deve estar ligado a uma vontade e uma identificação com o tema a ser estudado, permitindo, assim, melhor realização da proposta (DEMO, 1991).

Na pesquisa social, a relação do pesquisador com os sujeitos a serem investigados é fundamental e necessária e o campo de pesquisa estabelece o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço. Representa, portanto, uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (MINAYO, 1992).

A abordagem técnica deste trabalho ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, sendo compreendida como uma conversa com propósitos bem definidos, que possibilitou a obtenção de dados, caracterizando, portanto, a população em estudo (GOMES, 2005).

A análise qualitativa contemplou uma abordagem dialética, em que a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para sua melhor compreensão. Essa compreensão tem como ponto de partida o interior da fala e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. Nesse sentido, o trabalho de análise se inicia pela leitura compreensiva do material selecionado, seguido pela construção de inferências, e finalizando com a interpretação destas que se constituem em um momento de síntese (MINAYO, 2002).

Para a realização deste estudo, foram aplicados 249 questionários semiestruturados, abordando-se 30% das mulheres de dez a trinta e nove anos, faixas etárias de maior concentração – 58,5%, que residiam na área de abrangência estudada, escolhidas aleatoriamente, que apresentaram a concepção sobre a sexualidade.

O local para a realização das entrevistas variou entre a Unidade de Saúde e os domicílios. Em ambos os locais, a privacidade da entrevistada foi preservada, mantendo-se o sigilo do conteúdo das respostas. Após a transcrição das entrevistas, realizou-se leitura repetida e exaustiva do material, permitindo a ordenação do conjunto dos dados obtidos. Posteriormente, fez-se uma primeira classificação para a apreensão dos conteúdos relevantes; possibilitando a formação das categorias empíricas. Para garantir o anonimato, as entrevistadas foram identificadas como E1, E2 e assim sucessivamente (BARDIN, 2006; MINAYO, 2006).

As questões éticas foram respeitadas de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A presente pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), por meio do Parecer Consubstanciado nº 564/07, e todas as respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias a seguir apresentam as significações das entrevistadas, suas atitudes, crenças e valores implicados na concepção sobre a sexualidade.

Conceito de sexualidade que envolve sentimentos e o parceiro

O conceito de sexualidade para parte das mulheres deste estudo envolve sentimentos e a figura do parceiro. Para elas, o sexo está ligado ao prazer, mas não somente a ele, junto deve haver carinho, compreensão, companheirismo, respeito, segurança, diálogo, atenção e amor. Para a maioria das mulheres, é algo fundamental no casamento, em que sentir-se atraente e satisfazer o parceiro é importante, mas, por outro lado, deve haver vontade entre o casal para que ambas as partes se sintam completas e o relacionamento seja harmonioso, complementando suas vidas.

*Às vezes, quando um não quer tem que respeitar, nem sempre estamos com aquela autoestima, tem que ter carinho, amor, compreensão, tem gente que faz por fazer e não é assim né? (E123)
É você sentir prazer, gostar da pessoa, ter intimidade com o parceiro, gostar de si mesmo, ter o seu prazer. (E120)*

“Complementa a vida de um casal, faz parte de um relacionamento, tem que ter respeito, amor, tem que ser bom para as duas partes. (E122)

A representação social é a acumulação de conhecimento no desenvolvimento histórico das sociedades e um processo de construção que comporta na comunicação uma parte de autonomia e de criação individual ou coletiva. O comportamento humano é modulado pela cultura, elaboração cognitiva e simbólica. Quando crianças, os familiares nos dão o papel sexual e a orientação sexual a seguir e essas representações poderão se modificar ao longo do processo de viver dos indivíduos. Na adolescência, percebe-se um movimento de repensar as relações. A construção do “ser mulher” se dá na infância por meio de representações, em especial de sua família. A mulher, além dos papéis conferidos pela sociedade, é geradora do papel do “ser homem”, e esse comportamento é construído pelas suas interações com as representações das mulheres com as quais convive desde a infância (PATRÍCIO *et al.*, 1997).

A expressão da sexualidade nesse grupo envolve questões relacionadas aos sentimentos e sensações que independam de uma outra pessoa, e também é remetida ao ato sexual propriamente dito, à escolha do parceiro ideal, “amar e ser amada”, e o que deve ou não ser priorizado no momento a dois.

*É o ato da mulher sentir prazer e se realizar, apesar que a sexualidade tem a ver com amor, tem que ser amada e se sentir amada. (E117)
Sexo não é só transar, é amor, carinho, compreensão, né? Porque tudo isso a gente tem que ter pelo marido e ele pela gente, né? (E137)*

A disponibilidade para a união íntima com o outro é um dos aspectos do feminino que leva em consideração o carinho, como busca na realização amorosa e o desejo de continuidade. A ternura e a doçura estão inseridas no erotismo. No momento da entrega sexual, o encontro tem que ser total, grandioso e único (BRUNS *et al.*, 1993), envolvendo uma magia ligada à união dos corpos e às sensações que o encontro proporciona através de beijos e demonstrações de afeto (RISMAN, 1997).

A dificuldade para o exercício da sexualidade está ligada às escolhas, quando ocorre sacrifício de aspectos próprios para atender exigências da educação e da cultura, que cultuam a figura masculina e educam a mulher para servir o homem, ocasionando a negligência de si mesma (GOZZO, 2000).

Nessa categoria, nota-se que a sexualidade, como olhar para si próprio, é primitiva, o prazer é citado no sentido geral, sem haver especificação do tipo e dos meios para atingi-lo, a figura do parceiro é primordial para o resultado e caracterização das sensações e sentimentos em bons ou ruins.

Conceito ampliado de sexualidade

Nesse cenário, a visão de sexualidade é mais ampliada, com respostas mais elaboradas as mulheres se colocam como protagonistas de suas próprias vidas.

A sexualidade aparece como direito e liberdade de escolha do parceiro, seja homem ou mulher. Envolvem sentimentos, como o carinho, companheirismo, respeito e amor, mas ressaltam a importância da mulher se tocar e se conhecer, física e mentalmente, para poder decidir o que querem em uma relação, estabelecendo limites e incluindo a liberdade para dialogar com o (a) companheiro (a) e saber dizer não, quando houver necessidade.

É importante ter diálogo entre o casal, ter cumplicidade, ceder dos dois lados, fazer agradados... (E186)

Vestir uma roupa sensual, estar perfumada, dançar para “mudar a rotina”, foram destacados e sinalizados como importantes no relacionamento, além de representar a feminilidade e o poder de sedução da mulher. O conhecimento do próprio corpo, para essas mulheres, envolve questões que vão desde o saber sobre os órgãos sexuais até onde se pode chegar conhecendo a si mesma e os seus potenciais.

Quando a gente se arruma para o marido, com short curto, minissaia, baby doll, ficando atraente e despertando o interesse do marido, fazer uma dança para mudar a rotina. (E194)

Envolve muita coisa, não só o ato em si, para a mulher começa a partir do bom dia, a partir de uma roupa, perfume, toque, para ter prazer é o conjunto, é como se fosse preparar uma comida...é importante a mulher se tocar, ver o que gosta para poder decidir o que ela quer, deseja numa relação. (E185)

É uma coisa muito íntima que você tem que compartilhar com uma pessoa que confia, tem que se descobrir e conhecer o seu corpo pra te proporcionar prazer e pra pessoa ao seu lado, tem que estar consciente, gostar do seu corpo e ter a cabeça aberta. Compartilhar essas coisas... (E174)

Os problemas conjugais e as tarefas domésticas foram citados como determinantes para ter ou não prazer durante o ato sexual. A mulher deve estar compenetrada, sem outros tipos de preocupações, tornando o momento uma experiência positiva e não como uma obrigação.

A mulher só sente prazer se ela se dedicar no ato, esquecer que tem panela no fogo, filhos, se tiver com alguma preocupação não irá se sentir completa. Cabe às mulheres serem criativas, onde dá certo pra você se sentir satisfeita. (E181)

As características de um parceiro ideal vão além dos sentimentos tidos como imprescindíveis numa relação, levam-se em consideração o caráter, presença ou não de vícios e a sua contribuição, suporte material e emocional dentro do lar.

Eu e meu marido estamos felizes, graças a Deus ele não bebe nem fuma, ele é muito bom, não deixa faltar nada em casa, ele gosta de trabalhar, se não trabalhar não tem dinheiro, né? Ele sempre dá dinheiro pra mim... (E210)

O casamento era um ato privado, que dizia respeito às famílias (negócio realizado entre dois chefes de família: o pai da moça e o futuro marido), não havia organização política e social. Progressivamente, o casamento, no mundo helenístico, toma lugar no interior da esfera pública, as cerimônias religiosas servem como intermediário entre o ato privado e a instituição pública. Um conjunto de medidas legislativas marca progressivamente o domínio da autoridade pública sobre a instituição matrimonial. Os imperativos econômicos – políticos que comandam o casamento perderam parte de sua importância quando, nas classes privilegiadas, o status e a fortuna passam a depender mais da proximidade do príncipe, da carreira militar, do sucesso nos negócios, quando comparados somente à aliança entre grupos familiares. O casamento aparece cada vez mais como uma união livremente consentida entre dois parceiros, passa a ser público enquanto instituição e privado enquanto modo de existência. A existência matrimonial, mesmo dizendo respeito à casa e à sua gestão, ao nascimento e à criação dos filhos, valoriza cada vez mais a relação pessoal entre o casal, o vínculo que pode uni-los, o comportamento de um para com o outro. O parceiro (a) deve ser tratado como um ser idêntico a si e como elemento com o qual se forma uma unidade substancial, constituindo uma existência comum (FOUCAULT, 1985).

Em estudo realizado numa Unidade Básica de Saúde (UBS), Mandú (2005) observa que as necessidades relativas à sexualidade não se transformam em demandas explícitas, por vários motivos: porque são “naturalizadas”, reprimidas ou negadas, por medo, valores culturais e estereótipos. Não são percebidas ou priorizadas em determinado momento, pois não são absorvidas pelos serviços ou estes não são vistos como adequados para tal. Se existe um espaço aberto à expressão das necessidades, estas tendem a se manifestar de modo explícito, no entanto, se há restrição, não tomam forma de demandas formais, todavia não deixam de apresentar “processos intrigantes da vida e experiência humana”.

O modelo hegemônico e propagado da clínica coincide com princípios que privilegiam a dicotomização entre o sujeito e a vida, buscando “corrigir” o que entende estar fora da norma, pautada pela apresentação de modos de ser considerados ideais, impondo modelos de identificação a serem reproduzidos em nome da ordem e do bem-estar (FONSECA *et al.*, 2004).

Numa unidade de saúde, os profissionais envolvidos devem ficar atentos às questões de vida que conferem a característica de cada ser humano, respeitando suas vivências, agindo de forma ética e abrindo espaço para o exercício da clínica ampliada.

O acolhimento em saúde deve englobar a diversidade, inclusão social e escuta clínica solidária. Quando analisamos as representações que os trabalhadores apresentam de um usuário, podemos conhecer como estes se relacionam com o público e seus projetos para a produção do cuidado. A integralidade do atendimento fica prejudicada, quando não consideramos o usuário enquanto sujeito detentor de direitos e opção de vida (SCHIMITH *et al.*, 2004). A escuta propicia a criação e potencialização da transformação do cotidiano, por meio da desarticulação das totalizações nele instituídas e da emergência de suas multiplicidades. A interioridade não é dissociada do exterior que a constitui (FONSECA *et al.*, 2004).

A escolha do parceiro, a necessidade de conhecê-lo antes de começar a manter relações sexuais, o local onde o ato será realizado, aliados às informações sobre “sexo seguro”, são desejáveis no momento da entrega.

Relação a dois de conhecimento, conhecer primeiro o parceiro antes de transar, sempre se prevenindo das doenças, conhecer as doenças mais a fundo, procurar o momento certo, o lugar certo, a pessoa certa.
(E243)

O diálogo com as mães também foi citado, sendo enfatizado o valor das orientações e o papel destas em alertá-las para questões preventivas, principalmente no que diz respeito à gravidez.

Ter cuidado e se prevenir contra doenças, orientação das mães com as filhas, evitar filhos... (E240)

Vale a pena destacar a existência de um padrão no conteúdo das respostas desse grupo: a sexualidade tem ligação com a importância do uso de preservativo para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e evitar a gravidez não planejada.

Essa linearidade deu margem ao seguinte questionamento: Existe uma real conscientização sobre a prática do “sexo seguro” e o significado deste como sexualidade, ou essas respostas apresentavam esse conteúdo pelo fato de o entrevistador ser um profissional da saúde?

A conduta sexual humana está sempre em busca por atender a três objetivos principais: reprodutivo, prazeroso e amoroso, mas nem sempre a sexualidade se põe a serviço da função reprodutora, na maior parte das vezes é guiada pela necessidade de prazer, em que, muitas vezes, os indivíduos se deparam com a gravidez indesejada, ou com uma doença sexualmente transmissível. A sexualidade, como expressão do amor, é uma das formas mais densas de manifestação psicológica e de necessidade emocional (CAVALCANTI, 1993).

A prática da enfermagem, em muitos locais, concentra a atenção no problema, no desvio, na anormalidade. O indivíduo é visto como objeto limitado pelo problema de saúde propriamente dito, que poderá ser solucionado pela medicalização. O significado de acontecimentos que envolvem a sexualidade do outro e mexe com os sentimentos das enfermeiras ainda não foi descoberto, muitas vezes, elas se negam a percebê-los, porque a sexualidade foi uma área restrita à maioria das mulheres, reforçada na formação de enfermeira, resultando numa imagem socialmente aceita de uma profissional assexuada que também entende o sujeito do cuidado como tal (RESSEL et al., 2004).

Em nossa sociedade o profissional da saúde ainda é visto como detentor único e exclusivo do saber, estabelecendo relações assimétricas entre profissionais – usuários, uma vez que um detém um saber técnico – científico, tido como verdade absoluta e o outro que “necessita dessas informações” para ser “educado”.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade confronta racionalidades hegemônicas no sistema, como: a fragmentação das práticas, objetivação dos sujeitos, enfoque na doença e na intervenção curativa. O olhar do profissional deve ser holístico, procurando ir além da doença e do sofrimento manifestado. A Educação em Saúde tem como papel reorientar as práticas de saúde. O Modelo Tradicional, descrito acima, deve ser repensado, dando espaço ao Modelo Dialógico, que visa aos aspectos psicossociais e

culturais dos comportamentos de saúde, crenças, hábitos e papéis dos indivíduos, que são portadores de saberes sobre o processo saúde – doença – cuidado e das condições concretas de vida. O desenvolvimento de responsabilidade e da autonomia dos usuários é utilizado em conjunto, aliado à compreensão da situação de saúde (ALVES, 2004-2005).

As crenças fazem parte de um dos componentes socioculturais que podem explicar o comportamento das pessoas para a adesão ou não a condutas de promoção à saúde e interferência nelas. É necessário que o profissional da Saúde esteja atento na identificação do tipo de crença presente em determinado comportamento, ponto estratégico para o planejamento de programas educativos (SENA *et al.*, 2003).

A informação correta é essencial, sendo apenas o primeiro estágio do processo educativo, mas só é válida, quando mobiliza o componente afetivo da personalidade, levando a pessoa a refletir e reformular condutas, conceitos e propósitos (CAVALCANTI, 1993).

As adolescentes e as adultas jovens foram as principais responsáveis para o surgimento dessa categoria. Com relação à questão anterior, acreditamos que informações relacionadas à transmissão de doenças sexuais e sua prevenção, assim como a gravidez, são mais difundidas, quer seja nas escolas, na mídia, no lar, quando comparadas ao que ocorria há 30 anos. A sexualidade, nessa perspectiva, é apenas uma face de tantas outras que existem, está ligada à informação e a incorporação desta no discurso, seja para “satisfazer” o profissional, demonstrando o seu saber; por vergonha em expressar e compartilhar experiências vividas com alguém que não apresente relação de intimidade, ou mesmo pelo desconhecimento do corpo e das manifestações de vontades e desejos que este possa vir a ter.

Não sabe / Não quis responder

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre o que era sexualidade sob a sua perspectiva, a expressão facial de estarem sendo surpreendidas e/ou sentimento de vergonha acompanhada de falas, como: *Agora você me pegou...* (E5), *Nossa! Que pergunta difícil...* (E9), *Nunca parei para pensar sobre isso...* (E14), *Não sei como responder, não vou saber te explicar...* (E16) eram frequentes.

Algumas se sentiam desconfortáveis com a pergunta, negando-se a responder. Outras, às vezes, com o olhar ou com palavras, solicitavam ajuda com relação ao que falar, cabendo ao entrevistador esclarecer que não havia certo ou errado e que cada resposta era pessoal, variando com a experiência de vida de cada uma.

Não gosto muito de tocar nesse assunto, às vezes, nem com o meu marido, só quando ele pergunta... Prefiro não responder. (E13)
Pra mim é difícil, nunca conversei com alguém sobre esse assunto, tenho vergonha... Acho que não vai sair nada não. (E4)

Muitas ficavam pensativas e em silêncio na tentativa de encontrar palavras que pudessem expressar ou ao menos responder o que era a sexualidade para elas. A dificuldade em encontrar esse significado e a importância deste (quer seja em fragmentos ou em sua totalidade) para a sua vida era nítida.

Não vou responder porque acho difícil, não tenho uma resposta pra te dar. (E10)

A sexualidade é vista, socialmente, como referente ao universo privado; o que se exclui da vida coletiva acaba sendo excluído da convivência e da esfera política. Fazendo parte dessa cultura, os que recorrem ou não aos serviços de saúde apresentam dificuldades em

expressar processos vividos no âmbito da sexualidade e em direitos de acesso a cuidados nesse campo (MANDÚ, 2005).

O tabu, a vergonha, o medo, o preconceito, a falta de diálogo com a família, parceiro (a) ainda predominam em nossa sociedade, mas a alienação do corpo e suas manifestações ainda é muito marcante. As questões de gênero estão presentes no cotidiano de todas as pessoas e influenciam ora direta ora indiretamente no processo do pensamento e das atitudes a serem tomadas frente a determinadas situações (SIMÕES, 2001).

A antropologia dá ênfase à não universalidade nas definições de gênero, envolvendo a desnaturalização (retirada do plano biologia/natureza) das diferenças de comportamento entre pessoas de sexo diferentes. A construção da identidade baseada na divisão de papéis sexuais, expectativas e valores atribuídos aos sexos nos diferentes grupos, são inerentes ao domínio da cultura, na qual o homem é o produto e ao mesmo tempo produtor. A identidade sexual, em diferentes culturas, extrapola questão de gênero, colocando em jogo a própria marca social no campo da sexualidade. Na cultura brasileira isso é muito significativo, em que o machismo do homem latino tem como estereótipo o prestígio e poder, além de ser visto como o provedor material do grupo. A mulher, em contrapartida, tem sua figura sacralizada na maternidade e doação de cuidados protetores (COUTINHO, 2000).

O questionamento de Foucault no contexto histórico da sexualidade consiste em um método para analisar o conhecimento em relação ao sexo em termos de poder e seu funcionamento, sendo possível quando exercido em rede, ou seja, indivíduos submetidos ao poder e também com capacidade para exercê-lo. Em contrapartida, Weeks escreve sobre a sociologia da sexualidade, enfatizando o tema gênero, salientando a construção social da homossexualidade, em que o poder é exercido em diferentes práticas sociais e de relacionamentos com a existência de três eixos de dominação e subordinação no mundo da sexualidade: classe, gênero e raça. Rubin propõe a Hierarquia de Gênero ou Hierarquia do Sexo (gênero e sexualidade como dois campos separados de poder que interagem com frequência), apresentando a proposta de uma ética sexual pluralística com um conceito de variação sexual benigna (ROSO et al., 2004).

A sexualidade é compreendida como aspecto que faz parte da pessoa, que interdepende do domínio da vida social, as variações que existem nas culturas, nas manifestações sexo – afetivas que estão ligadas ao imaginário coletivo das sociedades. Está pautada no individualismo e se manifesta somente no plano existencial dos indivíduos, em que o referencial de explicitações dos desejos fica limitado. Não há um referencial social de prazer, o indivíduo busca uma imagem e não um aprofundamento para qualificar a dimensão de suas relações. O sujeito que se inicia à sexualidade está se inserindo em uma determinada sociedade, significando reconhecer a sua identidade de pessoa no coletivo que passa a participar, seja contribuindo para mantê-lo ou transformá-lo, quando preciso (LOPES, 1993).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, pudemos visualizar o significado que a sexualidade apresenta na vida e no cotidiano dessas mulheres. As questões de gênero, nesse grupo, ainda são marcantes no desempenho dos papéis femininos, a alienação do corpo e dos sentimentos e a dependência do outro para a ocorrência de satisfação e plenitude ainda existem, mas em contrapartida, há mulheres que demonstram interesse em saber e conhecer o poder e o potencial que cada uma apresenta e como convertê-lo e aproveitá-lo na relação, até onde vão os direitos, necessidades de prazer e afeto, o que se espera dar e receber do outro e o que é melhor para si.

As demandas sociais de participação em temas como o estado de bem – estar social, cidadania, direito das mulheres e dos homossexuais, estão cada vez mais sendo defendidos. O direito às diferenças e estilos alternativos de vida também são reivindicados (EIZIRIK, 2004).

No Serviço de Saúde, não é raro encontrarmos problemas e conflitos relacionados à sexualidade feminina e sua repercussão no processo saúde – doença. As equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um todo, assim como outras modalidades de equipe, devem estar sensibilizadas e atentas para acolher e perceber eventuais comportamentos, dentro e fora de casa, e até mesmo queixas explícitas relacionadas a essa temática. Os profissionais que lidam diretamente com essas mulheres devem proporcionar um ambiente tranquilo, ser empático e receptivo às queixas, valorizando-as; devem oferecer o encaminhamento adequado, incluindo outros recursos e não somente a medicalização, além da participação de outros profissionais, quando julgar necessário.

As crenças e os mitos que envolvem a relação profissional – usuários precisam ser desmitificados em ambas as partes, tornando a comunicação uma via de dois sentidos, permitindo um olhar holístico, cujo resultado final será uma abordagem integral e construtiva da saúde de cada cliente, dando margem ao início de um trabalho que pode se estender ao coletivo, grande propósito da promoção, prevenção e educação em saúde.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS:

Os autores trabalharam juntos em toda a produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/ fev.2005.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2006. 223p.

BRUNS, M.A.T., GRASSI, M.V.F.C. Mulher e sexualidade: o desejo da continuidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v.4, n.1, p. 88-103, 1993.

CANO, M.A.T, FERRIANE, M.G.C., GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, p.18-24, abr. 2002.

CAVALCANTI, R.C. A sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v.4, n.1, p. 37-46, 1993.

COUTINHO, M.R. Cultura, gênero e sexualidade. *Águila*, Rio de Janeiro, v.4, n.7, p.32-40, jan./jun., 2000.

CRUZ, I.C.F. Sensualidade, sexualidade e emancipação: reflexões sobre a subjetividade da mulher negra. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.223-226, out., 1995.

DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. São Paulo, Cortez/ Autores Associados, 1991.

EIZIRIK, C.L. Sexualidade e pós-modernidade. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v.11, n.1, p.87-96, abr., 2004.

FONSECA, T.M.G, KIRST, P.G. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*, v.16, n.3, p.29-34, set./dez., 2004.

FOUCAULT, M. O papel matrimonial. In: *História da Sexualidade III – O cuidado de si*. Rio de Janeiro, Gaal, 1985. p.79-87.

FOUCAULT, M. A mulher. In: *História da Sexualidade III – O cuidado de si*. Rio de Janeiro, Gaal, 1985. p.147-151.

FOUCAULT, M. O vínculo conjugal. In: *História da Sexualidade III – O cuidado de si*. Rio de Janeiro, Gaal, 1985. p.152-165.

FRANÇA, I.S.X., BAPTISTA, R.S. A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.2, p.202-206, mar./abr., 2007.

GOMES, R.A. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes. 2002. p.67-80.

GOMES, R.A. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2005. p.185-221.

GOZZO, T.O. et al. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.84-90, julho, 2000.

LOPES, J.R. Pessoa, sexualidade e cidadania. *Serviço social e sociedade*, v.14, n.42, p.126-137, ago., 1993.

MACHADO, M.F.A.S., et al. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MANDÚ, E.N.T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p. 358-371, maio-junho 2002.

MANDÚ, E.N.T. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.58, n.6, p.703-709, nov./dez., 2005.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

- MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro, Fiocruz. 2002. p.83-107.
- MINAYO, M.C.S. Fase do trabalho de campo. In: *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* São Paulo. Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992. p.105-196.
- PATRÍCIO, Z.M., LOEFFLER, C.I., ANDRADE, T. Nas representações de meninas sobre sexualidade – reprodução, a construção do ser mulher e do ser homem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.6, n.1, p.198-218, jan./abr., 1997.
- RESSEL, L.B, GUALDA, D.M.R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.25, n.3, p.323-333, dez., 2004.
- RISMAN, A. Encontros amorosos: um novo conceito na sexualidade. *Saúde, sexo e educação*, v.5, n.10, p.56-58, abr./jun., 1997.
- ROSO, A., PARKER, R. Psicologia e a “Construção Social da Sexualidade”: uma revisão dos conceitos de poder nos escritos de Foucault, Weeks e Rubin. *Psico, Porto Alegre: PCRS*, v.33, n.2, p.327-342, jul./dez. 2002.
- SCHIMITH, M.D., LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez., 2004.
- SENA, C.A., HENRIQUES, M.D.G., STUCHI, R.A.G. Crenças de mulheres com vida sexual ativa na escolha ou não de métodos contraceptivos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.24, n.1, p.79-94, abr., 2003.
- SIMÕES, S. Don Juan encontra Jéssica Rabbit: uma visão das relações sexuais sem compromisso. *Psico, Porto Alegre: PCRS*, v.32, n.2, p.175-193, jul./dez. 2001.
- VALENTIM, I.V.L, et al. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p.777-788, 2007.

CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSAS EM UMA INSTITUIÇÃO ASILAR DE MONTES CLAROS, MG¹

Seleide Oliveira de Brito², Rosana Faria Lins³, Eliete Fernandes Flávio⁴

RESUMO: Com o envelhecimento, o consumo alimentar tende a diminuir proporcionando ao idoso uma susceptibilidade às carências nutricionais, destacando, assim, a importância da alimentação saudável nos estágios de vida. O objetivo deste trabalho foi avaliar o consumo alimentar de uma população idosa institucionalizada na cidade de Montes Claros, MG. Estudo observacional e descritivo, com métodos quantitativos e qualitativos. A população da instituição representava 38 idosas. Somente 36 idosas preenchiem os critérios de inclusão adotados neste estudo. A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A idade das idosas variou de 60 a 101 anos, com idade média de 79 anos. Realizou-se a avaliação dietética por meio do método do registro alimentar com pesagem direta dos alimentos consumidos, durante três dias. Verificou-se que a quantidade média oferecida de porções dos grupos alimentares foi de: 2,7 para leite e derivados; 0,9 para carnes e ovos; 1,3 para leguminosas; 1,66 para o grupo do óleo e gorduras; 3,3 para o grupo do açúcar; 0,3 para as frutas e 1,5 para verduras e legumes. A análise do resto-ingestão evidenciou que 16,3% das refeições oferecidas não eram consumidas, e que a oferta de frutas, verduras e legumes, leite e derivados estava abaixo do recomendado, mas para os carboidratos refinados observou-se alta oferta, segundo o número de porções previstas para uma alimentação saudável. Com base nos resultados obtidos na avaliação do consumo alimentar das idosas, é perceptível a necessidade de um planejamento alimentar direcionado para a alimentação saudável, garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Consumo de Alimentos; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Nutrição do Idoso; Saúde do Idoso.

ELDERLY PEOPLE'S FOOD CONSUMPTION AT A NURSING HOME IN MONTES CLAROS- MG

ABSTRACT: With aging food consumption tends to decrease the elderly providing a susceptibility to nutritional deficiencies, thus highlighting the importance of healthy eating in the stages of life. The objective was to assess the food intake of an institutionalized elderly population in the city of Montes Claros, MG. Observational and descriptive study with quantitative and qualitative methods. The population aged 38 represented the institution. The age of the women ranged from 60 to 101 years, age 79 years. Only 36 elderly met the inclusion criteria adopted in this study. The research is approved by the ethical committee for research. We calculated the dietary assessment using the method of food record with direct weighing of food consumed during three days. It was found that the average amount

¹ Artigo baseado no trabalho de conclusão do curso de graduação em Nutrição realizada na Faculdade de Saúde Ibituruna. Montes Claros, Minas Gerais.

² Aluna do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: seleideoliveira@yahoo.com.br

³ Aluna do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: roylins@hotmail.com.

⁴ Nutricionista - Doutora em Ciências dos Alimentos, Docente da Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: elieteflavio@gmail.com.

Recebido em: 19/07/2011

Aprovado em: 10/11/2011

offered portions of the food groups was: 2.7 for milk and dairy products, meat and eggs for 0.9, 1.3 for pulses, 1.66 for the group of oil and fats; 3, 3 for the group of sugar, 0.3 to 1.5 for fruits and vegetables. The analysis of the debris-intake showed that 16.3% of the meals were not consumed, and that the supply of fruits and vegetables, dairy products was lower than recommended, but for refined carbohydrates was observed according to the high supply number of servings planned for a healthy diet. Based on the results of the assessment of dietary intake of elderly, it is apparent the need for a meal plan for healthy eating targeted, guaranteeing them a better quality of life.

KEYWORDS: Aged; Food Consumption; homes for the aged; Elderly Nutrition; Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira representa cerca de 10,5 % da população total, um considerável aumento em relação à proporção indicada pelo censo de 1980, de 6%. O crescimento populacional acelerado no período 1997-2007 mostrou importantes diferenças nas taxas entre faixas etárias: 21,6% para toda a população; 47,8% para a população com 60 ou mais anos de idade; e 65% para aqueles com 80 e mais anos (IBGE, 2008). Em 2025, o Brasil terá 32 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais, tornando-nos a sexta maior população idosa do mundo. As mulheres idosas têm uma probabilidade maior de ficarem viúvas, em situação socioeconômica desvantajosa e com necessidades especiais. No Brasil, existem 200 mil abrigos para idosos, e a maior parte de asilados é do gênero feminino (PAVAN, MENEGHEL E JUNGES, 2008).

O envelhecimento se define como uma fase da vida em que há um desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico, provocando a deterioração do organismo maduro, tornando-o progressivamente incapaz de cumprir com as funções fisiológicas básicas, o que leva o indivíduo até a morte (FONSECA E RIZZOTTO, 2008).

Embora o envelhecimento seja um processo natural, associado a tal processo ocorrem diversas perdas funcionais e declínio do ritmo biológico, fatores estes relacionados com a forma de se alimentar dos idosos (FRANK E SOARES, 2002).

Ao envelhecer, os hábitos de mastigação mudam, acentuadamente, promovendo alterações na capacidade mastigatória, devido ao aparecimento frequente de cáries, doenças periodontais e o edentulismo (TORAL, GUBERT E SCHMITZ, 2006). Além disso, ocorre diminuição da secreção salivar dificultando a mastigação e a deglutição (SALGADO, 2001). Ainda dentro das alterações que ocorrem com o envelhecimento temos os fatores socioeconômicos, alterações no funcionamento do Trato Gastrointestinal (TGI), da percepção sensorial, diminuição da sensibilidade à sede e efeitos secundários dos fármacos podem determinar o risco nutricional aos idosos (FRANK E SOARES, 2002).

A determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores que contribuem para tal diagnóstico no indivíduo idoso são, portanto, processos fundamentais, mas complexos. A complexidade se deve à ocorrência de diversas alterações, tanto fisiológicas quanto patológicas, além de modificações de aspectos econômicos e de estilo de vida, entre outros, com o avançar da idade (SAMPAIO, 2004).

Avaliar a ingestão alimentar de grupos ou mesmo de indivíduos é sempre uma tarefa complexa; devido às práticas alimentares estarem mergulhadas em dimensões simbólicas da vida social, e envolvidas em diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais, conferindo a elas menos objetividade do que se espera ao abordá-las por meio de métodos de investigação sobre consumo alimentar (GARCIA, 2004).

O desenvolvimento de ferramentas que permitem a avaliação da ingestão de alimentos de maneira fidedigna tem merecido destaque nas pesquisas dos profissionais da área de saúde e nutrição. Vários são os métodos para medir o consumo alimentar, no entanto, são muitos os fatores que interferem na exatidão, validação e reprodutibilidade destes. Ainda não há um método “padrão ouro”, e sim um método adequado a uma determinada situação (FISBERG *et al.*, 2005).

Os estudos a respeito do consumo alimentar da população idosa são importantes, pois possibilitam o conhecimento dos hábitos alimentares dessa população e tais informações podem ser úteis para estabelecer ações de monitoramento do estado nutricional nessa faixa etária, podendo promover ações preventivas e educativas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

OBJETIVO

Avaliar o consumo alimentar, o padrão da alimentação oferecida e caracterizar as condições alimentares das idosas institucionalizadas..

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado durante o primeiro semestre do ano de 2009 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG (Processo nº 1374).

Local e delineamento da pesquisa

Estudo observacional e descritivo, utilizando métodos quantitativos e qualitativos que são realizados pelos inquéritos dietéticos e que podem fornecer informações tanto quantitativas como qualitativas a respeito do consumo alimentar. O estudo foi realizado em uma instituição asilar, localizada na região central da Cidade de Montes Claros, MG. A população da instituição representava 38 idosas. Os critérios para a inclusão neste estudo foram mulheres idosas que recebiam dieta livre de consistência normal a pastosa por via oral. Dessa população, apenas duas foram excluídas por receberem uma alimentação diferenciada, através de sonda nasoesférica, devido à impossibilidade de deglutição e 36 preenchem os critérios de inclusão adotados neste estudo.

Avaliação do consumo alimentar

O consumo alimentar foi obtido por meio da pesagem direta de todas as refeições servidas em três dias, sendo dois destes referentes a dias úteis (terça e quinta-feira) e um no final de semana (sábado). Calculou-se o peso médio de cada alimento/preparação oferecido durante o dia, dividindo-se pelo número de idosas selecionadas, abrangendo o consumo alimentar dos três dias de coleta. Foi realizada a pesagem do resto-ingestão de todas as refeições oferecidas, conforme metodologia proposta por Fisberg *et al.* (2005). A adequação das refeições foi calculada com base nas Ingestões Dietéticas de Referência (Dietary Reference Intakes - DRI's) do Institute of Medicine/Food and Nutrition Board, tendo como ponto de corte a Necessidade Média Estimada (Estimated Average Requirement-EAR), (IOM, 2002).

A tomada de peso foi feita em balança eletrônica digital, marca Fillizola, com capacidade máxima de 15 kg e precisão de 1,0g. Para a medição dos alimentos líquidos, foi utilizado

utensílio plástico com capacidade de 500 ml. Para obter o consumo *per capita* do óleo e do açúcar, durante o período de coleta dos dados, foram realizadas as medidas dos referidos ingredientes, antes da elaboração das preparações. O preparo, porcionamento e a distribuição das preparações foram acompanhados pelas pesquisadoras.

Para a avaliação quantitativa das porções (quantidade de alimento em sua forma usual de consumo expressa em medidas caseiras, unidade ou forma de consumo) dos grupos de alimentos oferecidos diariamente nas refeições, foi realizado o peso das porções para cada uma das preparações alimentícias que faziam parte do cardápio diário. Os grupos de alimentos investigados foram: cereais, raízes e tubérculos; hortaliças; frutas; carnes e ovos; leite e derivados; leguminosas; óleos e gorduras; açúcares e doces. O peso médio das porções alimentícias foi comparado ao peso médio da faixa de consumo recomendado para cada grupo, sendo calculado o percentual de adequação da oferta relativo, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

Procedeu-se à aplicação de um questionário estruturado, adaptado de Fisberg *et al.* (2005) com questões relativas ao número de refeições oferecidas ao dia, às opções de consistência da alimentação e à frequência do consumo de cada grupo de alimentos, caracterizando qualitativamente a oferta de alimentos às idosas. Esse questionário foi aplicado às funcionárias responsáveis pelas preparações das refeições.

Avaliação do cardápio

Cardápio é uma ferramenta operacional que relaciona os alimentos destinados a suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, discriminando os alimentos por preparação, quantitativo *per capita*, calorias totais, carboidratos, proteínas, gorduras e micronutrientes (CFN, 2005). Foi realizada a análise dos cardápios em relação aos tipos de preparação, técnica de preparo e consistência, observados na instituição durante a realização do estudo.

Composição química da alimentação

Para determinar a quantidade diária de energia, carboidrato, proteína, lipídio e Vitaminas A, B1, B12, C, D e os minerais, cálcio, ferro e zinco nas refeições servidas às idosas, os valores médios, obtidos para alimento/preparação, foram analisados no programa de computação "AVANUTRI - Sistema de Avaliação Nutricional 3.1.5". Para a adequação das porções, foram consideradas adequadas as que se apresentaram na faixa de 80 -120% (FAUSTO, 2003).

Avaliação do resto-ingestão

Para a análise do resto-ingestão, foi realizado o cálculo médio *per capita* dos restos no prato e dividiu-se o peso médio total dos restos pelo número total de refeições servidas em todos os dias da pesquisa, obtendo-se os resultados em gramas. O consumo médio *per capita* por refeição foi calculado dividindo-se o peso médio das refeições distribuídas pelo número de refeições servidas, obtendo-se os resultados em gramas (VAZ, 2006).

Análise estatística

Para as análises quantitativas do consumo alimentar, adotou-se a estatística descritiva, utilizando-se do aplicativo Microsoft Office Excel (2003), sendo apresentadas por meio de frequências absolutas e proporcionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada é representada por idosas do sexo feminino, com idades variando de 60 a 101 anos, sendo a idade média de 79 anos.

Avaliação da adequação das porções oferecidas às idosas na instituição asilar, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira

Os programas e ações em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde (MS), dentre os quais se destaca o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), contêm as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira. Este foi elaborado para contribuir na prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como das deficiências nutricionais e doenças infecciosas, promovendo o consumo de uma alimentação saudável e a prática de estilo de vida saudável (BRASIL, 2006).

Na Tabela 1, estão apresentadas a média e as adequações das porções alimentares ofertadas às idosas na instituição asilar. Nota-se que, para o grupo dos alimentos fonte de proteínas, como leite e derivados, carnes e ovos, o número médio das porções oferecidas foi menor que o recomendado pelo GAPB. Observou-se, portanto, adequação de 90% para o grupo proteico. Quanto ao consumo de leguminosas (feijão), observou-se que a recomendação para o número de porções diárias foi atingida. A adequação foi de 130%, ultrapassando, ligeiramente, o percentual máximo recomendado.

TABELA 1

Número médio das porções padronizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e das oferecidas às idosas em uma instituição asilar da Cidade de Montes Claros, MG, no primeiro semestre de 2009

GRUPOS DE ALIMENTOS	NÚMERO DE PORÇÕES ALIMENTARES		PERCENTUAL DE ADEQUAÇÃO (%)
	GUIA ALIMENTAR PARA A POP. BRASILEIRA ¹	INSTITUIÇÃO ASILAR	
Cereais, Tubérculos e Raízes	06	5,5	91,6
Frutas e Sucos de Frutas Naturais	03	0,3	10
Legumes e Verduras	03	1,5	50
Feijões	01	1,3	130
Leite e Derivados	03	2,7	90
Carne e Derivados e Ovos	01	0,9	90
Óleos e Gorduras	01	1,66	166
Açúcares e Doces	01	3,3	330

¹ Guia Alimentar para a População Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A oferta dos grupos alimentos fonte de energia: óleos e gorduras e os açúcares e doces, foi maior que o recomendado. Na avaliação das porções ofertadas, o primeiro grupo apresentou 166,0% de adequação, sendo a média de porções oferecidas de 1,66; e para o grupo dos açúcares, de 330%, sendo a média de 3,3 das porções oferecidas às idosas, ultrapassando o recomendado pelo guia alimentar 1 porção/dia. A oferta desses grupos de alimentos pode ter contribuído para um alto consumo energético na alimentação das idosas.

O percentual de adequação (166%) para óleos e gorduras ultrapassou os resultados encontrados por Toral, Gubert e Schimitz (2006), considerada excessiva a oferta de 1,8 de porção com adequação de 120,0%.

A oferta do grupo dos cereais, tubérculos, raízes e derivados apresentou um número médio de 5,5 das porções e uma adequação de 91,6%, não atingido as recomendações propostas pelo guia alimentar. Esse grupo alimentar é fonte de energia e deve constar na alimentação dos idosos, porém de forma ajustada e equilibrada.

A quantidade oferecida do grupo das frutas, verduras e legumes ficou abaixo do recomendado pelo guia alimentar, com adequação de 10% para as frutas, sendo o total médio das porções oferecidas de 0,3 em relação ao recomendado; e 50% de adequação para o grupo das verduras e legumes, sendo o total médio das porções oferecidas de 1,5 em relação ao recomendado pelo guia alimentar. Portanto, como relatado na literatura especializada, foi encontrado neste estudo um baixo consumo de frutas e verduras pelas idosas.

Salcedo e Kitahara (2004), no estudo da avaliação do consumo semanal de fibras em idosos de um abrigo municipal, verificaram um baixo consumo de hortaliças e frutas, mostrando que a refeição ofertada era pobre em fibras. Tal consumo, associado à baixa ingestão de líquidos, devido à diminuição da sensibilidade à sede, pode favorecer a ocorrência de constipação intestinal em idosos. Dietas pobres, nesses grupos de alimentos, constituem um risco de deficiência em vitaminas e minerais, pois esses alimentos são as principais fontes desses micronutrientes. Outros estudos também evidenciam o baixo consumo desses alimentos. No trabalho realizado por Toral, Gubert e Schimitz (2006), na análise do perfil da alimentação oferecida em idosos asilados, ficou evidenciada uma oferta deficiente de hortaliças e frutas com percentuais de adequação de 53% a 60%, respectivamente, em comparação com a recomendação média de consumo.

Contrapondo-se aos dados deste estudo, Najas *et al.* (1994), em seu trabalho sobre o padrão alimentar de idosos residentes em áreas urbana da região Sudeste do Brasil, constataram uma frequência diária no consumo de frutas e hortaliças pelos idosos com valores próximos de 90%.

Os dados do presente estudo são similares ao de Tinôco *et al.* (2007) e Arcanjo *et al.* (2007) que analisaram o consumo alimentar de idosos, com base nos grupos alimentares. Tinôco *et al.* (2007) verificaram, dentre os grupos dos alimentos proteicos, que 88% dos idosos relataram ingerir feijão diariamente. Apesar de predominar a baixa renda entre a população estudada, 57,2% dos idosos afirmaram consumir algum tipo de carne. O consumo diário de leite e derivados foi relatado por aproximadamente 70% dos idosos. Arcanjo *et al.* (2007), em seu estudo realizado na cidade de Muriaé, MG, notaram, entre as características alimentares dos idosos, um consumo de 73% dos alimentos proteicos (carne, ovos, leite e derivados) e de 70% dos alimentos energéticos (pão, arroz, angu), e de 79,4% para os alimentos reguladores (frutas, hortaliças).

Toral, Gubert e Schimitz (2006) verificaram, em seu trabalho nas instituições asilares de Brasília-DF, que a oferta dos grupos alimentares fontes de proteína (leite e derivados, leguminosas, carnes e ovos) apresentou adequação igual ou superior a 100%. No presente trabalho, este grupo de alimentos apresentou uma adequação de 90%, com exceção da leguminosa, que é uma fonte proteica de baixo valor biológico (BVB) que atingiu 130% de adequação.

Valores percentuais diferentes aos valores do presente estudo foram relatados por Amado, Arruda e Ferreira (2005) na pesquisa realizada com 106 idosas atendidas no Núcleo

de Atenção ao Idoso–NAI, da Universidade Federal de Pernambuco. Tais autores constataram que, o grupo de alimentos mais consumidos diariamente foi o das leguminosas, com 53%; das verduras com 61% e das frutas com 66%.

No estudo das mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira, no período de 1962 a 1988, Mondini e Monteiro (1994) evidenciaram mudanças significativas no padrão de consumo alimentar da população brasileira, dando ênfase ao aumento relativo no consumo de lipídios e diminuição percentual no consumo de carboidratos complexos. Em outro estudo, Monteiro, Mondini e Costa (2000) avaliaram as mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil, no período de 1988 a 1996. Esses autores verificaram um aumento no consumo de carnes, leite, gorduras saturadas, açúcares e refrigerantes e redução na ingestão de cereais, frutas, verduras e legumes.

No presente estudo, verificou-se que a oferta das porções do grupo dos alimentos energéticos ultrapassou a adequação, sendo esses valores similares aos estudos de Marques *et al.* (2007) e Amado; Arruda; Ferreira (2007). Esses autores, em estudos diferentes com idosos, verificaram que o consumo do grupo de pães e cereais era de 82% e 89%, respectivamente. Os resultados mostraram um alto consumo de alimentos com maior densidade energética, em comparação àqueles de baixa densidade, porém mais nutritivos. Constatou-se também que, os cereais e derivados, como o pão e o arroz, foram identificados como os mais utilizados, por serem mais populares entre os idosos com problemas mastigatórios e por apresentarem baixo custo.

Os resultados do estudo realizado por Najas *et al.* (1994), com objetivo de identificar os hábitos alimentares de diferentes classes econômicas na região sudeste do Brasil, assemelham-se aos resultados obtidos nesta pesquisa, em que o maior índice de consumo foi, principalmente, o de alimentos energéticos em mais de 90% dos idosos, em três regiões do Brasil.

Carlos *et al.* (2008), em seu trabalho, evidenciaram que as porções dos principais alimentos consumidos dos grupos de verduras e legumes e de leite e derivados, eram menores que o proposto pelo Guia Alimentar. Além disso, alimentos pobres em valor nutritivo, mas com alto valor energético, tinham uma participação importante na alimentação da população estudada.

Composição nutricional da dieta

Em relação aos macronutrientes, observou-se uma distribuição percentual média para carboidratos, 62%; proteínas, 12% e lipídios, 26%. Foi ofertada às idosas institucionalizadas, uma média de 1.963 kcal/dia, demonstrando que essa alimentação ficou com 363 kcal/dia acima do recomendado para pessoas acima de 51 anos, conforme as DRIs. Quanto às fibras dietéticas, evidenciou-se um consumo médio de 14,2g/dia, sendo a recomendação de 20 a 25 g/dia (BRASIL, 2006). Conforme Philippi *et al.* (1999), as recomendações dietéticas dos idosos devem atingir 1.600Kcal/dia, e os macronutrientes devem ser distribuídos em relação ao valor energético total: 50-60% de carboidratos com predominância dos complexos; 10-15% de proteínas e 20-30% de lipídios.

As ingestões de referências dietéticas (DRIs) atuais, estabelecidas para otimizar a saúde de indivíduos e grupos, fornecem uma diretriz para avaliar ingestão e estimam as necessidades nutricionais as quais diferem em cada estágio de vida, uma vez que as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento modificam as necessidades de determinados nutrientes (SILVA E MURA, 2007).

Na Tabela 2, estão apresentadas as recomendações nutricionais e composição química da dieta ofertada às idosas na instituição asilar. Nota-se que, para o grupo dos alimentos fonte de proteínas, como leite e derivados, que são também fontes de cálcio, as porções oferecidas não atingiram as recomendações nutricionais de acordo com as DRIS (2002), corroborando com os dados da Tabela 1, referente ao número de porções propostas pelo GAPB.

TABELA 2
Recomendações nutricionais e composição química da dieta oferecida em uma instituição asilar de Montes Claros, MG, no primeiro semestre de 2009

NUTRIENTE/ CALORIAS	RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DIÁRIAS ¹	COMPOSIÇÃO QUÍMICA DA DIETA DA INSTITUIÇÃO ASILAR
Calorias	1600 kcal	1963 kcal
Carboidratos	50 a 60 %	62%
Proteína	10 a 15%	12%
Lipídios	20 a 30%	26%
Fibra dietética ²	20 a 25g	14,2g
Vitamina A	500µg	1010µg
Vitamina B ₁	0,9mg	1,64mg
Vitamina B ₁₂	2,0µg	2,44mg
Vitamina C	60mg	67,0mg
Cálcio	1200mg	886mg
Ferro	5,0mg	13,4mg
Zinco	6,8mg	7,5mg

¹DRIs (2002)

²BRASIL (2006)

Quanto aos principais micronutrientes, observou-se um contraste quanto à adequação na oferta de Vitaminas A, B1, B12, C e minerais ferro e zinco que ultrapassaram os 100% de adequação, segundo a EAR, porém, não ultrapassaram o Limite de Ingestão Máxima Tolerável (UL), em relação à oferta média do cálcio que foi de 886mg, não alcançando as recomendações de 1200mg proposta pela ingestão adequada (AI).

A única fonte de cálcio disponível para o organismo humano é aquele proveniente da dieta, sendo importante garantir uma ingestão mínima do mineral para o completo crescimento e maturação dos ossos. Com o envelhecer, há uma diminuição progressiva da massa óssea que predispõe o indivíduo à osteoporose e suas consequências, estando associada a diversos fatores, como raça, sexo, atividade física e à ingestão inadequada de cálcio por períodos prolongados (LERNER *et al.* 2000).

Conforme Frank e Soares (2002), as frutas, legumes e verduras possuem grande quantidade de fibras dietéticas e diferentes tipos de vitaminas, como os carotenoides (precursores vegetais da vitamina A). As fibras beneficiam o trânsito intestinal, melhorando o quadro de constipação apresentado pela maioria dos indivíduos idosos.

Observou-se que a alimentação ofertada está adequada na distribuição percentual de

macronutrientes, porém qualitativamente inadequada devido à alta oferta de carboidratos simples, pouca oferta de frutas e hortaliças e proteínas de alto valor biológico (AVB).

Análise do cardápio

Na Tabela 3, estão apresentados exemplos de cardápios praticados na instituição asilar de Montes Claros, MG. Santos, Ximenes e Prado (2008) observaram que o planejamento eficiente de cardápios promove, ao aspecto final da preparação, uma combinação de cores e consistência, fatores que influenciam na aceitação da refeição. No presente estudo, observou-se que não havia um planejamento de cardápio. Verificou-se que as carnes foram preparadas sempre da mesma maneira (“cozidas”), sendo que a bovina apresentava o corte no formato de cubos grandes. A preparação do arroz, servido durante a realização da pesquisa, era sempre feita de forma simples. Contudo, existem opções de enriquecê-lo com vegetais, como: cenoura, vagem, brócolis, pimentão ou ovos, tornando-o mais nutritivo, saboroso e conseqüentemente, com maior índice de aceitação. As verduras e legumes foram pouco aceitos, provavelmente, devido ao tipo de corte (em cubos grandes), dificultando a mastigação.

TABELA 3
Cardápio oferecido às idosas nos três dias da pesquisa

REFEIÇÃO	PESO MÉDIO DAS PORÇÕES ALIMENTARES OFERECIDAS ÀS IDOSAS					
	TERÇA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SÁBADO	
Desjejum	Café -	60 ml	Café -	50 ml	Café -	70 ml
	Leite -	120 ml	Leite -	130 ml	Leite -	140 ml
	Açúcar -	22 g	Açúcar -	22 g	Açúcar -	22 g
	Pão -	50 g	Pão -	50 g	Pão -	50 g
	Margarina -	5 g	Margarina -	6 g	Margarina -	3 g
Almoço	Frango Ensopado -	52 g	Frango Ensopado -	38 g	Carne Bovina Ensopada -	56 g
	Arroz Simples -	198 g	Arroz Simples	193 g	Arroz Simples -	146 g
	Feijão com Caldo -	87 g	Feijão /Caldo	92 g	Feijão c/Caldo -	149 g
	Quiabo Refogado -	72 g	Cenoura (Cubos Refogada)	57 g	Abóbora Ensopada -	104 g
	Refresco de Laranja -	197 ml	Refresco de Caju -	190 ml	Goiabada -	30 g
	Açúcar -	33 g	Açúcar -	33 g		
Lanche da Tarde	Café -	60 ml	Café -	60 ml	Café -	70 ml
	Leite -	120 ml	Leite -	120 ml	Leite -	140 ml
	Açúcar -	22 g	Açúcar -	22 g	Açúcar -	22 g
	Pão -	50 g	Pão -	50 g	Pão -	50 g
	Margarina -	5 g	Margarina -	5 g	Margarina -	3 g
Jantar	Sopa de Fubá -	312 g	Canja Arroz c/ Carne Moída -	223 g	Arroz Cozido -	134 g
					Mandioca Ensopada -	76 g
					Ovos Mexidos -	44 g
Ceia	Mingau de Amido -	240 ml	Mingau de Fubá -	240 ml	Mingau de Aveia -	240 ml

Torna-se necessário, portanto, um planejamento da alimentação oferecida às idosas asiladas, bem como a elaboração de cardápios, para atender às necessidades nutricionais dessa população, em virtude da monotonia nas preparações alimentícias. A implementação de um eficiente planejamento de cardápios, utilizando mais variedades de alimentos e com sugestão de técnicas corretas de preparo, consistência da dieta, adequada às condições das idosas, possibilitaria a ingestão adequada de nutrientes. Porém, cabe ressaltar que se

trata de um asilo que recebe doações de alimentos; por isso, muitas vezes, o fornecimento de uma dieta mais adequada torna-se impraticável.

Os dados referentes ao cardápio praticado na instituição estudada são similares ao de Salcedo e Kitahara (2004), que observaram, em seu trabalho, uma monotonia quanto ao planejamento do cardápio e constataram que as refeições servidas aos idosos possuíam quase sempre os mesmos alimentos, e que os tipos de carnes mais frequentemente consumidas eram a bovina e a de aves. No estudo de Marques et al. (2007), sobre o consumo alimentar de idosos, verificou-se, para o grupo dos alimentos construtores, que as carnes foram as mais citadas, ocupando as duas primeiras posições, a bovina e de aves, respectivamente.

Análise do resto-ingestão

O controle do resto-ingestão tem o objetivo de avaliar a adequação das quantidades preparadas em relação às necessidades de consumo, o porcionamento na distribuição e a aceitabilidade do cardápio (RICARTE et al., 2005).

O valor *per capita* médio do resto-ingestão encontrado foi de 59g por refeição oferecida, e o cálculo do consumo médio *per capita* por refeição foi de 361g. Verificou-se percentual médio de 16,3% em relação aos restos, o que indica a pouca aceitabilidade da alimentação oferecida às idosas. Conforme o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2005), é aceitável como percentual de resto-ingestão, em coletividades sadias, taxas inferiores a 10% e de 20% em enfermas. O valor percentual encontrado neste trabalho supõe uma inadequação nas preparações das refeições oferecidas às idosas asiladas, fato que é relevante pois contribui para uma inadequação nutricional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que o consumo alimentar das idosas não atendia às recomendações, quanto às porções, de acordo com o preconizado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. As porções alimentares oferecidas dos grupos das frutas e das verduras e legumes apresentaram-se abaixo do previsto. Quanto ao grupo dos açúcares e doces e dos óleos e gorduras, apresentou uma alta oferta. Em relação ao atendimento das necessidades nutricionais das idosas institucionalizadas, observou-se inadequação de alguns nutrientes. As preparações alimentícias apresentavam-se pouco diversificadas, com aspectos sensoriais poucos atrativos, contribuindo, assim, para a resto-ingestão acima dos valores preconizados a coletividades sadias.

Os resultados apontam a necessidade de uma atenção especial para a alimentação oferecida à população estudada, pois essa faixa etária requer um cuidado especial, decorrente das alterações metabólicas e fisiológicas apresentadas; e o consumo alimentar deficiente apresenta-se como um fator de risco para a desnutrição. Torna-se necessária a realização de treinamentos com as funcionárias da instituição, a fim de que a alimentação ofertada apresente-se variada, equilibrada e harmônica, respeitando sempre as características e os hábitos alimentares individuais, de modo a valorizar as preferências alimentares dessa população. É necessária a atuação do nutricionista em instituições asilar, pois esse profissional é capacitado para realizar intervenções nutricionais considerando as alterações fisiológicas e as disfunções degenerativas características desse estágio de vida.

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas do artigo.

REFERÊNCIAS

AMADO, T.C. F.; ARRUDA, I.K. de; FERREIRA, R.A.R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *Archivos Latino Americanos de Nutricion*, v. 57, n. 4, p.366-372, 2007.

ARCANJO, M.M. et al. Avaliação Nutricional dos participantes do grupo da terceira idade de Muriaé-MG. *Revista Científica da FAMINAS*, v. 3, n. 1, sup. 1, p. 31-37, 2007.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. *Resolução nº 380/2005*. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecem parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/legislacao/resolucao/res223.htm>>. Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a Alimentação saudável*. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

CARLOS, J.V. et al. Porcionamento dos principais alimentos e preparações consumidos por adultos e idosos residentes no município de São Paulo. *Revista de Nutrição*, v.21, n.4, p. 383-391, 2008.

FAUSTO, Maria Arlene. *Planejamento de dietas e da alimentação*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 138 p.

FISBERG, Regina Mara et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. São Paulo: Manole, 2005. 234p.

FONSECA, F.B. da; RIZZOTTO, M.L.F.. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto & contexto - enfermagem*, v.17, n.2. p.365-373, 2008.

FRANK, Andréa Abdala; SOARES, Eliane de Abreu. *Nutrição no envelhecer*. São Paulo: Atheneu, 2002. 300 p.

GARCIA, R.W.D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Revista de Nutrição*, v.17, n.1, p. 15-28, 2004.

IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2005*. Revisão 2004: metodologias e resultados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/Home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia>. Acesso em: 24 abr. 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes. Applications in dietary planning*. Washington DC: National Academy Press, 2002.

- LERNER, R.B. et al. O cálcio consumido por adolescentes de escolas públicas de Osasco, São Paulo. *Revista de Nutrição*, v.13, n.1., p.57-63, 2000.
- MARGUES, A.P. O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.10, n.2, p.231-242, 2007.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Revista de Saúde Pública*, v.28, n.6, p. 433-439, 1994.
- MONTEIRO, C.A.; MONDINE, L.; COSTA, R.B. C. Mudanças na composição e adequação da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3., p. 251-258, 2000.
- NAJAS, M.S. et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.28, n.3, p.187-191, 1994.
- PAVAN, F.J.; MENEGHEL, S.N.; JUNGES J.R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2187-2189, 2008.
- PHILIPPI, S.T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Revista de Nutrição*, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.
- RICARTE, M.P.R. et al. Avaliação do desperdício de alimentos em uma Unidade de Alimentação e Nutrição Institucional em Fortaleza-CE. *Saber Científico*, v.1, n.1, p.158-175, 2008.
- SALCEDO, R. L.; KITAHARA, S.E. Avaliação do consumo semanal de fibras alimentares por idosos residentes em um abrigo. *ConScientiae Saúde*, v.3, n.1, p. 59-64, 2004.
- SALGADO, J. M. *Recomendações para prevenir e controlar doenças*. Pharmacia de Alimentos. São Paulo: Madras Editora Ltda, 2001.
- SAMPAIO, L.R. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Revista de Nutrição*, v.17, n.4, p. 507-514, 2004.
- SANTANA, R. I. *AVANUTRI* - Software de avaliação nutricional. Rio de Janeiro, versão 3.1.5, 2009.
- SANTOS, I.H.V.S.; XIMENES, R.M.; PRADO, D.F. Avaliação do cardápio e da aceitabilidade da merenda oferecida em uma escola estadual de ensino fundamental de Porto Velho, Rondônia. *Saber Científico*, v.1, n.2, p. 101-112, 2008.
- SILVA, Maria Chemin S. da Silva; MURA, Joana D'Arc Pereira. *Tratado de alimentação e nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Roca, 2007.1122p.
- TINÔCO, A.L.A. et al. Caracterização do padrão alimentar, da ingestão de energia e nutrientes da dieta de idosos de um município da Zona da Mata

Mineira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.10, n.3, p.30-36, 2007.

TORAL, N.; GUBERT, M. B.; SCHMITZ, B. A.S. . Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. *Revista de Nutrição*, v.19, n.1, p.29-37, 2006.

VAZ, C.S. . *Restaurantes - controlando custos e aumentando lucros*. 2. ed. Produção Independente: Brasília, 2006. 196p.

PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUANTO ÀS VIAS DE PARTO

Andressa Ferreira Costa¹, Gabriela Silveira Mendes², Diana Matos Silva³

RESUMO: O parto é um evento marcante na vida da mulher e de sua família, cuja vivência está relacionada a suas crenças, cultura e contexto de vida. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção das mulheres quanto às vias de parto, baseada em suas experiências. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo, em que foram entrevistadas 10 puérperas e 3 gestantes internadas na Maternidade Maria Barbosa do Hospital Universitário Clemente de Faria, no mês de maio de 2011. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas exaustivamente. Os resultados revelaram a preferência das mulheres pelo parto normal, mesmo aquelas que realizaram cirurgia, apresentando justificativas coincidentes com evidências científicas relacionadas às vantagens desse parto; suas experiências demonstraram sentimentos extremos de dor e preocupação à alegria e recompensa diante do nascimento de seus filhos; a decisão quanto à via de parto ficou a cargo dos profissionais, sendo as clientes informadas sobre a realização do procedimento. Percebe-se que as entrevistadas possuíam conhecimentos atuais sobre a melhor via de parto tanto para mãe e bebê: o parto natural. A dor foi uma constante, porém superada no encontro entre mãe e filho. O parto foi uma vivência prazerosa e satisfatória, cujas vias foram entendidas como fisiológicas ou necessárias, quando cirúrgicas. Sugere-se a realização de estudos que abordem a adoção de medidas de alívio da dor, pois não foi mencionada pelas entrevistadas, nem mesmo quando enfatizaram a presença desta.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Parto; Parto Obstétrico; Parto Normal; Percepção.

PERCEPTION OF WOMEN ABOUT THE WAYS OF DELIVERY

ABSTRACT: The delivery is a landmark event in the life of the woman and her family, whose experience is related to their beliefs, culture and life context. This research aimed to understand women's perceptions about the route of delivery, based on their experiences. It is a qualitative study of descriptive nature, there were interviewed 10 mothers and 3 pregnant women admitted in the Maternity Maria Barbosa of the University Hospital Clemente de Faria, in May 2011. The interviews were recorded, transcribed and analyzed thoroughly. The results revealed a preference by women for vaginal delivery, even those who underwent surgery, presented justifications that coincide with scientific evidence related the advantages of this: their experiments showed extreme feelings of grief and worry to joy and reward at the birth of their children, the decision on the delivery route, was in charge of professionals, with the clients informed about the procedure. It is noticed that the interviewees had knowledge on the best mode of delivery for both mother and baby, natural childbirth. The pain was always a constant but it was overcome with the encounter between mother and child. The delivery was a pleasant and satisfying experience, whose ways were perceived as physiological or necessary,

¹ Graduanda em enfermagem das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: andressafcosta@hotmail.com

² Graduanda em enfermagem das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: gabrielasilveiramendes@hotmail.com

³ Enfermeira especialista em Enfermagem Obstétrica e docente das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: diana.yasmin@hotmail.com

Recebido em: 30/07/2011

Aprovado em: 12/12/2011

when they went through surgery. The realization of studies about pain relief because it was not mentioned by the interviewees, not even when they emphasized the presence of them.

KEYWORDS: Women's Health; Parturition; Obstetric Delivery; Natural Childbirth; Perception.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares. No século XX, mais precisamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital e, conseqüentemente, a sua medicalização. Acontecendo, assim, de maneira que a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de pré-parto coletivo, assistidas com práticas baseadas em rotinas e normas de comportamento ditadas pela instituição (BRUGGEMANN et al., 2005).

O parto vaginal ou parto normal, na concepção de Knupp *et al.* (2008), é um processo natural que acontece por si mesmo e o parto cesáreo, uma intervenção médica sobre um processo que a natureza resolve e regula sem artifícios. A maioria das parturientes é capaz de executar, de maneira saudável, o parto normal, sem necessidade de intervenção médica, tendo em vista que o corpo da mulher foi preparado para tal (CARDOSO et al., 2010).

Até por volta de, aproximadamente, três décadas atrás, a maioria dos partos ocorria por via vaginal ou mesmo parto normal. Havia poucos médicos adeptos à cesariana e sua execução envolvia riscos anestésicos e cirúrgicos, agravados pelo caráter de urgência desse tipo de parto. Por estas razões, existem muitos médicos que defendem o parto vaginal como primeira escolha, por considerarem suas muitas vantagens em relação à cesariana, principalmente por ser fisiológico. A recuperação após o parto natural é mais rápida e há menor chance de hematomas, infecções ou outras complicações (CARDOSO et al., 2010).

Já em relação ao parto cesáreo, Machado Junior et al. (2009) dizem ser um procedimento indispensável na obstetrícia contemporânea e é bastante utilizado para a resolução de situações de risco tanto para a parturiente quanto para o concepto. Porém, é necessário um conhecimento profundo de seus riscos e implicações para uma indicação médica adequada.

Os mesmos autores descrevem as vantagens do parto vaginal, em que um elemento essencial a se considerar é o risco de morbimortalidades, tanto maternas como neonatais associadas à cesárea, em comparação àquele associado ao parto normal.

A cesariana apresenta riscos inerentes ao ato cirúrgico, além de influenciar no aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal, uma vez que a chance de a mulher morrer na cesariana é seis vezes maior que na via vaginal, principalmente considerando que os riscos de infecção e hemorragia são bem superiores (KNUPP et al., 2008).

Por outro lado, Mandarino et al. (2009) consideram que a cesárea, outrora considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a mãe ou o bebê, é atualmente um procedimento cirúrgico, na maioria das vezes programado sem a identificação de nenhum risco, cuja escolha é exclusiva da gestante.

Gama et al. (2009), dentre as vantagens do parto cesáreo, constataram a ausência de dores do trabalho de parto e a possibilidade de laqueadura. O parto cesáreo passou a significar para a parturiente um atendimento médico diferenciado, pois representava parto sem dor, ausência de asfixia no nascimento e sexualidade preservada (MANDARINO et al., 2009).

Assim, apontadas as possibilidades de complicações maternas e neonatais associadas às cesarianas sem indicações obstétricas reais, espera-se encontrar um efeito positivo do aconselhamento médico no sentido de favorecer a tentativa de parto vaginal pelas mulheres (DIAS et al., 2008). É fundamental que, em se tratando do desejo da mulher quanto a essa via de parto, o médico possa fazer um aconselhamento adequado a fim de que a mulher possa tomar uma decisão mais consciente (MACHADO JUNIOR et al., 2009).

Um estudo realizado por Mandarino et al. (2009) observou que quase 80% das parturientes de maternidade pública optaram pelo parto vaginal, sendo a recuperação pós-parto mais rápida o principal motivo desta preferência. Já Cardoso et al. (2010) destacam, em seu estudo, que o desejo da gestante de realizar seu parto com o médico que a acompanhou durante o pré-natal pode ser um dos motivos de muitas desejarem parto cesáreo, já que muitos médicos da rede hospitalar pública trabalham em regime de plantão e poderia não coincidir o trabalho de parto com o dia em que esteja na maternidade.

Apesar dos inúmeros aspectos negativos relacionados ao parto cesáreo, este pode ser indicado com a intenção de salvar a vida da mãe e do filho em situação de alto risco, como, por exemplo: sofrimento fetal, apresentação pélvica, hemorragia antes do parto, doença hipertensiva específica da gravidez, gemelaridade, diabetes e cesárea de repetição. A indicação de cesariana em gestantes soropositivas ao HIV tornou-se um meio seguro de evitar a transmissão do vírus ao recém-nascido em até 90% (KNUPP et al., 2008).

De acordo com Cardoso et al. (2010), o parto por cesárea está associado a efeito protetor para o neonato, por diminuição do risco de lesão do plexo braquial e de fraturas ósseas. Em relação à parturiente, o risco de incontinência urinária é menor e as lesões perineais são prevenidas nas mulheres que se submetem à cesariana.

Nesse contexto, visando à humanização da assistência ao parto normal e à redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, algumas medidas foram apresentadas no plano nacional, pelo Ministério da Saúde, como as portarias nº 2815/98 e nº 2816/98 que, respectivamente, estabeleceram o pagamento pelo procedimento do parto normal sem distocia à enfermeira obstetra e instituíram limites máximos de cesárea para o pagamento pelo Sistema Único de Saúde (CRIZÓSTOMO et al., 2007).

Diante disso, pretendeu-se neste estudo conhecer a percepção das mulheres quanto às vias de parto. A escolha do tema surgiu para as pesquisadoras a partir da compreensão das inúmeras vantagens de um parto vaginal e, assim, entender os motivos de escolha por uma cesárea na população estudada. Esse conhecimento possibilita a compreensão da preferência do público alvo acerca da via de parto, bem como a participação dessas mulheres na escolha dessa via.

Objetivo geral

Conhecer a percepção das mulheres quanto às vias de parto, com base em suas experiências.

Objetivos específicos

- Analisar as vantagens quanto às vias de parto na visão das mulheres.
- Compreender os motivos ou causas que levaram as mulheres ao parto vaginal e cesárea.
- Descrever cada tipo de parto, de acordo com a experiência das mulheres.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Realizou-se, neste estudo, uma pesquisa de campo qualitativa de caráter descritiva. Recorre-se a Lakatos & Marconi (2006), para descrever que a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. O estudo descritivo, segundo Gil (2002), tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Local e período da pesquisa

A pesquisa ocorreu no mês de maio de 2011 na Maternidade Maria Barbosa, do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), situado na cidade de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

O HUCF tem como principais atividades o ensino, a pesquisa e a atenção básica, média e alta complexidade à saúde da comunidade. O processo de qualificação da assistência à mulher e à criança na Maternidade Maria Barbosa iniciou-se em 1998 com a elaboração e a aprovação do projeto Maternidade Segura pelo Conselho de Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Sua sustentabilidade e manutenção é garantida por meio do processo de educação permanente para toda a equipe multiprofissional: realizam-se oficinas periódicas, seminários, reuniões e capacitações, estimula-se a produção de estudos e pesquisas, além da discussão mensal dos indicadores da maternidade (VERSIANI *et al.*, 2008).

Sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo 13 mulheres que se encontravam internadas no alojamento conjunto, leitos de intercorrências clínicas e hotelzinho (leitos destinados para internação de recém-nascidos prematuros para ganho de peso) da referida maternidade. A realização das entrevistas foi encerrada com a saturação das respostas pelas participantes.

Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo mulheres menores de 18 anos e mulheres que não tinham a experiência de parto.

Instrumento de coleta de dados

Foi realizado pré-teste com 3 mulheres que não constituíram o universo da pesquisa, em que se confirmou a clareza do roteiro das entrevistas, eliminando, assim, a existência de ambiguidade nas perguntas.

O estudo foi conduzido por meio de entrevista parcialmente estruturada. Gil (2002) define a entrevista parcialmente estruturada como aquela que é guiada por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso.

O estudo atendeu à Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, sob o parecer do processo nº 2561, bem como autorizado pelo Hospital Universitário Clemente de Faria para sua realização. Todas as entrevistadas concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após leitura conjunta com as entrevistadoras e esclarecimentos.

Análise dos dados

Para as entrevistas, usou-se um gravador. Posteriormente, foram transcritas na íntegra, lidas exaustivamente, organizadas em categorias, analisadas pela análise de conteúdo e discutidas à luz das publicações científicas disponíveis.

Na análise de conteúdo, o texto é um meio de comunicação do sujeito, em que o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases que se repetem), inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 13 mulheres, com idade entre 18 e 39 anos. Os dados revelaram predominância de bom nível de escolaridade (2º grau completo). Quanto à paridade, verificou-se maior frequência de mulheres com experiência de 1 parto, seguidas daquelas com 2, 3, 4 e 6 partos. Para descrever a percepção dessas mulheres quanto às vias de parto, tentou-se entrevistar todas as mulheres presentes na maternidade durante o período de coleta de dados, porém nem todas aceitaram participar da pesquisa. Foram entrevistadas 10 puérperas e 3 gestantes.

Via de parto: parto vaginal ou cesárea

Ao compararem o parto normal e a cesárea, as puérperas destacam maiores vantagens relacionadas ao parto normal, que são: o protagonismo da mulher, diferença no cuidado médico, a qualidade da relação com o bebê e a recuperação no pós-parto (GAMA *et al.*, 2009).

Este estudo mostrou que, dentre as entrevistadas, a preferência pelo parto vaginal foi praticamente unânime, como se pôde observar nas falas abaixo:

A gente recupera bem mais rápido e [...] pra gente cuidar da criança é até melhor. (E2)

Apesar de ser mais dolorido, a recuperação é mais rápido. (E3)

Eu sempre pensei pelo normal, pelo fato da recuperação ser mais rápida. (E11)

Percebe-se, nas justificativas apresentadas, o conhecimento das mulheres quanto à recuperação pós-parto mais rápida no parto vaginal, que no parto cesáreo.

Por outro lado, apenas uma das entrevistadas disse preferir o parto cesáreo, concordando com o estudo de Ferreira (2008), em que a vantagem atribuída ao parto cesáreo é a possibilidade de realização do parto sem qualquer dor.

Ai, eu prefiro o cesáreo. Sente menos dor. Porque a dor do parto normal é [...] dói demais, sofre demais. (E8)

Estudo realizado em Campinas (SP) detectou possível aumento dos partos cesáreos devido ao desejo das mulheres, justificados pela possibilidade de esterilização, pelas situações concretas de dor ou por medo da reação dos profissionais às suas queixas durante o trabalho de parto (CARNIEL *et al.*, 2007).

Observou-se ainda que duas das entrevistadas, embora tivessem preferência pelo parto normal, foram submetidas ao parto cirúrgico.

Prefiro o normal, porque é mais rápido. (E1)

Ai, agora eu prefiro o normal. Que no começo eu achava que o cesáreo era mais fácil, mais rápido. Geralmente foi, só que prejudica demais a gente... (E9)

Os resultados obtidos em relação à preferência sobre a via de parto no estudo condizem com o estudo de Melchiori *et al.* (2009), em que a preferência pelo parto normal é argumentada pelas mães devido à recuperação ser mais favorável, e as que preferem a cesárea argumentam também que seria um parto no qual se sofre proporcionalmente menos.

Gama *et al.* (2009) observaram, em sua pesquisa, que o parto normal é mais saudável para o bebê e a mulher, por ser algo mais natural. Da mesma forma, as entrevistadas, no presente estudo, demonstraram conhecimento correto acerca das vantagens do parto normal:

O normal é bom porque recupera mais rápido, né. E é um parto mais saudável. (E5)

O parto normal é mais rápido. Tanto pra mãe quanto pro bebê, acho que é melhor. Mais natural. (E10)

Porém, não foi objeto deste estudo avaliar a origem desse conhecimento. Desde 1990, verificam-se iniciativas governamentais que objetivam a redução das altas taxas de cesáreas e qualificação do conjunto da assistência perinatal, através de portarias de regulamentação dessa assistência, criação de prêmios e programas de humanização do pré-natal e nascimento (GAMA *et al.*, 2009).

Dessa forma, os profissionais de saúde e a mídia têm colaborado com a disseminação dessa nova perspectiva.

A única entrevistada que demonstrou preferência pelo parto cesáreo não conseguiu verbalizar as possíveis vantagens que justificassem a sua escolha. Fez apenas uma comparação das duas vias de parto, conforme se verifica no trecho seguinte:

Ah, o normal na mesma da hora que você tá ali ganhando neném, você saiu da mesa e já tá normal e o cesáreo a dor permanece por alguns dias, e o normal não. Tem essa vantagem. (E8)

É interessante notar que a preocupação com as alterações da genitália, em decorrência de episiotomias e a preservação da vida sexual, embora referida em muitas literaturas (CARDOSO *et al.*, 2010; DIAS, *et al.*, 2008; MANDARINO *et al.*, 2009), não foi exposta pelas entrevistadas deste estudo, de modo que não consideram a episiotomia uma desvantagem do parto vaginal.

Os partos vaginais ocorreram com evolução satisfatória, não havendo a necessidade de intervenções cirúrgicas, porém alguns com ajuda medicamentosa.

É... Eu senti a contração e já dilatou e “estorou”... Normal, não teve como. (risos). (E2)

*Dilatou tudo certinho, bem natural, cheguei e rapidinho ganhei. (E3)
O primeiro foi mais rápido, foi “facim”, foi tudo natural mesmo. O segundo tive que tomar o soro pra ajudar nas contrações, a dilatação tava boa, mas as contrações não. Aí foi tudo normal. (E13)*

As indicações justificáveis de uma cesárea, segundo Campana e Pelloso (2007), são aquelas que permitem preservar a saúde ou proteger a vida de mãe e filho, frente às seguintes situações: descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e eclâmpsia, dentre outras intercorrências obstétricas.

As duas pacientes que foram submetidas à cesárea atribuíram a “falta de passagem” e “líquido aumentado”, respectivamente, como indicação desta via:

Porque eu não tava sentindo muita dor, e já [...] minha bolsa não rompeu e [...] o líquido tava aumentado. (E1)

Não, porque falaram que eu não tinha passagem, que eu era muito novinha, então... Aí eles decidiu... Aí foi e fez. (E9)

Percebe-se pouco conhecimento e ainda conhecimento deturpado sobre os motivos que as levaram à intervenção cirúrgica. Recorre-se a Barcellos *et al.* (2009) para afirmar que a falha de orientações à gestante, entre outros fatores, provavelmente promove o aumento de incidência de parto cesáreo em detrimento do parto normal.

A orientação e a informação de decisões, nas ações de saúde, são direitos da mulher que devem ser promovidos. No processo de parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com o conceito e sobre o modo de participação. O profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer orientações claras e completas sobre o cuidado, os tratamentos e as alternativas e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado (SODRÉ *et al.*, 2010).

Tomada de decisão

É dever do Estado garantir a decisão da via de parto pela parturiente, respeitando sua liberdade de escolha e subsidiando os meios para que ela se baseie em uma prática de fato, autônoma (BARCELLOS *et al.*, 2009).

Em geral, a gestante não participa da decisão sobre a via de parto, sendo, quando muito, informada sobre a decisão médica final. A aparente liberdade de escolha assegurada à mulher é, na prática, frequentemente cortada pela manipulação das informações prestadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos no parto (TEDESCO *et al.*, 2004). Uma das entrevistadas demonstra isso, ao justificar a indicação de sua cesárea como algo a se passar mais rápido e relacionada à pouca idade, desconhecendo a causa verdadeira da indicação:

Que no começo você acha que é fácil. Eu, tava novinha, a primeira cesárea minha, então achei que mais rápido que ‘fazesse’, mais rápido terminava, então... achei melhor. (E9)

Para que as mulheres sejam de fato clientes informadas e possam escolher adequadamente a melhor via de parto, segundo sua condição de saúde, crenças e valores pessoais, é fundamental que elas se sintam completamente informadas e que o médico seja o interlocutor prioritário para essa escolha (DIAS *et al.*, 2008).

Experiências de parto

A intensidade da dor, recuperação pós-parto, imprevistos no parto e o encontro e permanência com o filho foram os fatores mais importantes para a satisfação das mulheres com a experiência de parto.

McCallum e Reis (2006) afirmam que a dor ou o medo da dor domina a experiência da parturição, isso se confirma neste estudo, diante das declarações das entrevistadas:

Eu gostei porque recupera mais rápido. Mas a dor é a pior... a dor é pior, passa aquela hora, mas dói demais. (E5)
Dor, muita dor. Mas foi bom que... já estamos bem. Eu e ele, normal. Se fosse o cesáreo não taríamos. (E8)

Muitos são os métodos disponíveis para o conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto, tanto farmacológicos como não-farmacológicos. A presença de acompanhante (marido, mãe, amiga) ou até mesmo uma Doula, orientações à parturiente para que não permaneça deitada, para deambular, sentar-se na “bola de parto” ou no “cavalinho”, banhos de banheira, massagens, música, áudio-analgésia, entre outros, são fatores que comprovadamente ajudam a mulher nesta hora, na redução dos níveis de dor (CARRARO, *et al.*, 2006).

Entretanto, a dor do parto tem uma finalidade, pois o filho aparece para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço (LOPES *et al.*, 2005).

Assim, na hora do parto é meio difícil, mas só que, eu acho assim, que depois que nasce, a recompensa é bem maior. (E13)

O contato imediato com o filho após o nascimento também é um dos fatores que parece estar associado a uma vivência positiva com o parto. O que é confirmado na seguinte fala:

Eu num gostei muito porque não era num tempo dele nascer. Aí teve que ficar separadinho, queria que ele ficasse mais um pouco. (E7)

Em Brasil (1993) são listadas as vantagens do alojamento conjunto, sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia. Dentre elas, convém citar o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce e estimulação e motivação ao aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural.

A insatisfação com o parto cesáreo é de 100% dentre as entrevistadas. Ferreira (2008), justifica em seu estudo, que a maioria das mulheres que teve a experiência de parto cesáreo trata-o como um fenômeno difícil, principalmente devido aos incômodos pós-operatórios. Essa insatisfação é perceptível nas falas:

Ah... Foi péssimo. (E1)

Nossa... (risos) Bem estranho, apesar que foi rápido. Rapidinho você tá com seu filho, mas assim... eu passei mal demais uns meses, depois pra cicatrizar demorou um pouco. E hoje eu tô vendo que... eu prefiro o normal. (E9)

Almeida e Oliveira (2005) se referem ao parto como uma das experiências mais emocionantes da vida de uma mulher, que envolve tanto sentimentos positivos como alegria e amor, quanto negativos, como medo, insegurança e dor. Esse misto de sentimentos se revela em uma das respostas:

Foi bom depois que eu vi que tudo tinha acontecido bem. Mas assim... pelo fato de eu vê que ele não tava encaixadinho, na hora eu comecei a ficar um pouco preocupada. Com medo de não ter passagem, de não dá certo, de não ser normal. Que a criança não tava na posição certinho, mas como no final ele conseguiu virar, foi tranquilo. (E10)

Tanto o trabalho de parto como o parto são fenômenos que envolvem um conjunto de incertezas e preocupações que culminam com o nascimento da criança. Essas preocupações se iniciam com a descoberta da gestação e, se a gravidez não for classificada de risco, permanecem latentes, aflorando-se quando a mulher pressente que o nascimento está por vir. No parto normal, ao fim do período expulsivo, a mulher passa por uma transição de natureza física e emocional, que pode ser percebida pelas fâcias de alívio com a diminuição das dores após a saída do concepto (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho exposto houve predominância pela preferência do parto vaginal, sendo a escolha justificada pela recuperação pós-parto mais rápida e possibilidade de realização dos cuidados com o bebê sem restrições.

Os relatos das vantagens atribuídas às vias de parto foram direcionados ao parto vaginal, cujos argumentos coincidem com as evidências científicas atuais. Os partos vaginais evoluíram espontaneamente e naqueles em que houve cirurgia, as indicações clínicas reais são desconhecidas pelas clientes, uma vez que os atribuem a motivos inconsistentes. Mesmo quando foram realizados partos cirúrgicos, as vantagens relatadas foram relacionadas ao parto vaginal.

No que se refere à participação das mulheres na decisão relacionada ao tipo de parto, percebe-se que, assim como discorrem os estudiosos, essas mulheres não participaram ativamente da tomada de decisão, sendo apenas informadas do procedimento.

Com relação à experiência do parto, a dor foi muito enfatizada, embora mencionada na verbalização de experiências positivas em que a recompensa de finalmente estar com o filho e tocá-lo superou o inevitável.

Contudo, é nítida a satisfação dessas mulheres com o processo de parturição, percebida no relato de suas experiências, consideradas positivas por elas, que tiveram seus partos de forma fisiológica, em sua maioria.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordem a adoção de medidas de alívio da dor (farmacológicas e não-farmacológicas), avaliando, no ponto de vista das mulheres, a contribuição para isso, já que a analgesia não foi citada nas experiências relatadas.

Espera-se que este trabalho seja o ponto de partida para a reflexão da participação da mulher nas decisões acerca do trabalho de parto e parto, para o exercício da cidadania feminina, que é um dos preceitos da humanização da assistência ao parto e nascimento.

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção de artigo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M.; OLIVEIRA, V. C. de. Estresse no processo de parturição. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.7, n.1, p.87-94, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/850/1027>>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- BARCELLOS, L. G. *et al.* Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética*, v.17, n.3, p.497-510, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/513/514>. Acesso em: 10 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Portaria MS/GM no 1.016, 26 de agosto de 1993. DOU no 167 de 1/9/93, seção I, p. 13.066. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- BRUGGEMANN, Odaléa Maria. *et al.* Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.5, p.1316-1327, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n5/03.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2011.
- CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.9, n.1, p.51-63, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7135/5048>>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto-enferm.* 2006, vol.15, n.4, pp. 679-684. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- CARDOSO, P. O. *et al.* Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.2, p.427-435, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.
- CARNIEL, Emília de Faria. *et al.* Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.29, n.1, p.34-40, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a06v29n1.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- CARRARO, T. E. *et al.* Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto contexto-enferm.*, v.15, n.spe, p.97-104, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- CRIZÓSTOMO, C. D. *et al.* A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, v.11, n.1, p.98-104, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

DIAS, M. A. B. *et al.* Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.5, p.1521-1534, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/17.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

FERREIRA, Acilene Novaes Sampaio. Parto cesariano: opiniões de mulheres. *Rev. Acadêmica da FAMAM Textura*, v.3, n.2, p.82-95, 2008. Disponível em: <<http://www.famam.com.br/pdf/2010/textura.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

GAMA, Andréa de Sousa. *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.11, p.2480-2488, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

KNUPP, V. M. A. O. *et al.* Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, v.12, n.1, p.39-44, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a06.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia Científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 305p.

LOPES, R. de C. S. *et al.* O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol. Reflex. e Crit*, v.18, n.2, p.247-254, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

MACHADO JUNIOR, Luís Carlos. *et al.* Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.1, p.124-132, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/13.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

MANDARINO, Natália Ribeiro. *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.7, p.1587-1596, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

MCCALLUM, Cecília; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.7, p.1483-1491, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/12.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

MELCHIORI, L. E. *et al.* Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação psicol*, v.13, n.1, p.13-23, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/9858/10482>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

OLIVEIRA, A. S. S. de. *et al.* Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*, v.11, Número Especial, p.32-4, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

SODRÉ, T. M. *et al.* Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto contexto-enferm.*, v.19, n.3, p.452-460, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

TEDESCO, R. P. *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, v.26, n.10, p.791-798, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22906.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

VERSIANI, Clara de Cássia. *et al.* Maternidade segura: relato de experiência. *Rev. APS*, v.11, n.1, p.109-114, 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/109-114.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2010.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS – MG, NO PERÍODO DE 2001-2010

Andréa de Matos Miranda Queiroz¹, Declaurice Maria da Conceição¹,
Edson Rabelo Cardoso^{1,2}, Thales Almeida Pinheiro^{1,3}

RESUMO: Estudo retrospectivo com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico da Dengue no Município de Montes Claros-MG, no período de 2001 a 2010. Os dados foram obtidos junto à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde. Foi notificado um total de 13.974 casos de Dengue durante os dez anos estudados, sendo que 96% dos casos foram na Zona Urbana. A doença foi predominante no sexo feminino com 55,6%. A maioria dos casos notificados era da forma clínica de Dengue Clássico. Em virtude de todos os aspectos negativos relacionados à infecção pelo *Aedes aegypti*, e por Montes Claros ser considerada uma região endêmica para essa doença, percebe-se a necessidade da realização de novos estudos epidemiológicos, a fim de definir novas políticas de saúde pública que possam reduzir o número de casos diagnosticados na região.

PALAVRAS-CHAVE: Vírus da Dengue; Epidemiologia; Vigilância epidemiológica.

EPIDEMIOLOGICAL PATTERN OF DENGUE IN MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, FROM 2001 TO 2010

ABSTRACT: A retrospective study in order to describe the epidemiology of dengue in the city of Montes Claros-MG in the period 2001 to 2010. Data were obtained from the Epidemiological Surveillance of Municipal Health. We reported a total of 13,974 cases of dengue during the ten years studied, where 96% of the cases were in urban areas. The disease predominantly in female with 55.6%. Most reported cases were the clinical form of dengue fever. Because of all the negative aspects related to infection by the *Aedes aegypti*, and Montes Claros has been considered an endemic region for this disease, we see the necessity of new epidemiological studies to define new public health policies that can reduce the number of diagnosed cases.

KEYWORDS: Dengue Virus; Epidemiology; Epidemiologic Surveillance.

¹ Farmacêuticas. Graduada pelas Faculdades de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho.

² Mestre em Biologia Celular. Professor das Faculdades de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho e Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). E-mail: edsonrabelo@gmail.com

³ Faculdades de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho e Faculdades Integradas Pitágoras, FIP-Moc. E-mail: thalesalmeidap@yahoo.com.br

Recebido em: 03/08/2011

Aprovado em: 04/11/2011

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença febril aguda, conhecida mundialmente pelas grandes epidemias nas regiões tropicais. O seu agente etiológico é um vírus do gênero *flavivirus* da família *flavoviridae*. São conhecidos atualmente 4 sorotipos distintos: DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4. As pessoas podem ser infectadas por esses diferentes sorotipos, uma vez que a infecção por um dos sorotipos do vírus da dengue confere imunidade somente para aquele sorotipo específico (TAUIL, 2001; FERES, 2006).

As primeiras epidemias documentadas no Brasil ocorreram em 1982, em Boa Vista, Roraima, com a presença dos sorotipos 1 e 4. Em 1986, foram registradas epidemias em vários estados, sendo a mais importante ocorrida nos anos de 1986 e 1987 na cidade do Rio de Janeiro, estimando-se pelo menos um milhão de pessoas infectadas pelo sorotipo 1. Mas há relatos de epidemias de dengue no Brasil, no período de 1846 a 1856, ocorridas em São Paulo e Rio de Janeiro (DOMINGOS, 2005).

No estado de Minas Gerais, entre os anos 2002 e 2007, houve 208.327 casos positivos de dengue, sendo o ano de 2002 (com 60.371 casos) o de maior detecção, e o ano de 2005 o de menor (com 20.337 casos). Para os casos de dengue hemorrágica, entre os anos de 2003 e 2007, foram detectados 147 casos positivos, com 10 óbitos. Ainda se referindo ao Estado de Minas Gerais, os municípios, onde houve maior notificação de residências com focos confirmados do vetor da doença em 2007, foram, em primeiro lugar, Belo Horizonte, (com 8.314 residências); em segundo lugar, Teófilo Otoni (com 3.171 residências); em terceiro lugar, Caratinga, (com 1.388 residências); e Montes Claros esteve em oitavo lugar (com 969 residências) (GRS, 2008).

Na microrregião de Montes Claros/Bocaiuva, que é composta pelos Municípios de Montes Claros, Bocaiuva, Juramento, Glaucilândia, Guaraciama, Claro dos Poções, Olhos D'Água, Joaquim Felício, Francisco Dumont, Engenheiro Navarro e Itacambira, o município de Montes Claros (MG) foi o que apresentou, entre os anos 2000 a 2007, maior número de casos confirmados da doença (LEITE, 2008).

A transmissão envolve homem-inseto e o principal vetor no Brasil é a fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, contaminada pelo vírus da dengue após sugar o sangue de um indivíduo que apresenta a enfermidade durante a fase febril, ou seja, durante a fase virêmica. Após contaminado, transmitirá a doença ao longo de sua vida. O *Aedes aegypti* pode viver aproximadamente dois meses e picar várias vezes ao dia (SINGHI, 2007).

O *Aedes aegypti* é menor que um mosquito comum, preto e com pequenas manchas brancas, suas asas são translúcidas e o ruído que produz não chega a ser notado pelo ouvido humano. O macho alimenta-se exclusivamente de frutas, já a fêmea precisa de sangue para o amadurecimento dos ovos, que são depositados nas paredes internas dos objetos, em locais úmidos e em água parada. No momento da postura, os ovos são brancos, mas em pouco tempo tornam-se pretos e brilhantes. Mesmo que a água onde estão depositados seque, os ovos não morrem, pois são resistentes à dessecação, podendo permanecer mais de um ano e, ao primeiro contato com a umidade, podem eclodir nos primeiros quinze minutos. A capacidade de dessecação dos ovos é considerada como um dos principais obstáculos para o seu controle, pois essa condição permite que os ovos sejam transportados a grandes distâncias em ambiente seco. Daí o grande motivo da alta população de *Aedes aegypti* durante o período de chuvas (VARELLA, 2007; NEVES, 2005).

A dengue é uma doença própria de ambientes urbanos, onde se encontram todos os fatores fundamentais para a sua ocorrência. O mosquito costuma habitar dentro das casas,

nas salas, nos dormitórios, favorecendo o contato homem-inseto e dificultando o contato de inseticidas borrifados no exterior das casas (SINGHI, 2007).

No verão, período de alta pluviosidade, a incidência de dengue é maior. Com a abundância de chuva, o acúmulo de água aumenta em pratinhos de plantas, garrafas, tampinhas, pneus, caixas d'água destampadas, lages sem escoamento ou em qualquer outro reservatório, o que favorece a proliferação do mosquito. Dessa forma, o combate ao vetor deve ser intensificado nesses períodos, para que não haja aumento de pessoas infectadas.^[5]

Após transmitida, o período de incubação da doença é de 4 a 7 dias. Durante esse tempo, o paciente pode ou não apresentar sintomas, que vai depender da cepa viral, idade e estado imunológico do indivíduo (SINGHI, 2007).

O vírus da dengue se replica dentro das células do Sistema Mononuclear fagocitário (macrófago, monócitos e células B), podendo infectar os leucócitos do sangue periféricos, fígado, baço, linfonodo, medula óssea, timo, coração, rins, estômago, pulmões e possivelmente o cérebro, sugerindo passagem pela barreira hematoencefálica (SINGHI, 2007).

Há dois tipos de dengue: a forma clássica, benigna, semelhante à gripe e a Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), também conhecida como Dengue Hemorrágica, a mais grave. Existem, também, sinais de alerta que anunciam a ocorrência da Síndrome do choque associado à dengue (SCD), tais como, a dor abdominal intensa e constante, vômitos frequentes, sonolência e/ou irritabilidade, assim como a queda brusca da temperatura que leva à hipotermia, às vezes associado à lipotimia. Portanto, os sinais de alerta indicam o momento no qual o paciente pode ser salvo, se receber tratamento com soluções hidroeletrólíticas em quantidades suficientes para repor as perdas provocadas pelo extravasamento do plasma e, às vezes, agravadas por sudorese, vômito e diarreia (NEVES, 2005).

As técnicas mais utilizadas para diagnosticar a doença são as sorológicas, para detectar Imunoglobulina M (IgM) e a imunoglobulina G (IgG) específica da dengue. Na evolução para um quadro hemorrágico e/ou Síndrome do choque associado ao dengue, utilizam-se exames adicionais, como hematócrito e contagem de plaquetas (TORRES, 2008).

O tratamento busca apenas minimizar o mal-estar causado pela doença, e são usados medicamentos, como analgésicos e antipiréticos, tomando o cuidado para que a fórmula desses remédios não contenha ácido acetilsalicílico, pois este composto diminui a coagulação do sangue (LEITE, 2008).

A prevenção requer principalmente reeducação sanitária da população relacionada com o controle do vetor, eliminando os locais de proliferação, como os recipientes que acumulam água (pneus usados, latas, garrafas), cobrindo e protegendo os recipientes com água para o consumo. O cultivo de plantas domésticas deverá ser modificado, adicionando-se areia nos pratinhos para evitar que a água fique parada. Pode-se utilizar larvicidas químicos ou biológicos em tanques contendo água parada. Em casos de altos índices de infestação, é necessária a utilização de inseticidas contra os mosquitos adultos associada a medidas educacionais referidas anteriormente (TORRES, 2008).

Em virtude de todos os aspectos negativos relacionados à infecção pelo *Aedes aegypti*, e por Montes Claros ser considerada uma região endêmica para essa doença, percebe-se a necessidade da realização de novos estudos epidemiológicos, a fim de definir novas políticas de saúde pública que possam reduzir o número de casos diagnosticados na região. Nesse sentido, este estudo teve o objetivo de descrever a epidemiologia da dengue no município de Montes Claros-MG no período de 2001 a 2011.

METODOLOGIA

Este trabalho se caracterizou por um estudo retrospectivo dos casos de Dengue notificados formalmente pelos hospitais e unidades básicas de saúde ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros entre os anos 2001 e 2010. Os dados obtidos foram analisados com posterior construção de gráficos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS – exige que os casos de ocorrência de determinadas doenças sejam relacionados e comunicados ao setor responsável que, em Montes Claros, é representado pela Secretaria Municipal de Saúde no Setor de Vigilância Epidemiológica.

O doente, ao chegar em um hospital ou unidade básica de saúde, buscando atendimento médico, preenche uma ficha informando seus dados cadastrais e os sintomas da doença de que está acometido. Ao perceber que tais sinais e sintomas são semelhantes aos da Dengue – definidos pela OMS – o atendente relaciona aquele caso no bojo dos casos “notificados”.

Ainda que um determinado caso tenha sido, inicialmente, notificado, o paciente será submetido a alguns exames clínicos e laboratoriais no intuito de confirmar o diagnóstico de Dengue. Sendo o diagnóstico negativo, aquele caso anteriormente notificado não é tabulado como caso de Dengue.

Por outro lado, obtendo diagnóstico de Dengue, o caso já notificado passa também a ser considerado positivo e será encaminhado ao setor específico da Secretaria Municipal de Saúde, onde será incluído – estatisticamente – no número de casos de ocorrência da doença dentro do município.

Há ainda casos que foram notificados sem que o paciente tenha retornado com o resultado dos exames laboratoriais e, assim, torna-se impossível classificá-lo como notificado-positivo.

Os dados da Tabela 1 indicam que, dentre o número de ocorrências que foram necessariamente notificadas como casos de Dengue, a maior parte desses casos obteve a classificação de positivos. Para esses casos, pode-se dizer que o paciente, após um primeiro contato com o médico, realizou exames clínicos e laboratoriais, quando ficou constatada a existência da doença.

Cabe dizer que os casos catalogados como “não positivos” foram aqueles em que o paciente realizou exames laboratoriais que não confirmaram a existência da Dengue ou aqueles em que o paciente (ainda que tenha realizado exames laboratoriais) não retornou à unidade de saúde, ficando impossível por parte do poder público catalogar estatisticamente a existência da doença – para aquele caso.

A Tabela 1 mostra os casos positivos de Dengue em relação ao número de casos notificados nos anos de 2001 à 2010. Nela, é possível constatar que, durante oito anos dos dez estudados, existe um predomínio de casos positivos. Apenas nos anos de 2001 e 2004, o número de casos negativos prevaleceu dentro dos casos notificados. Considerando toda a década estudada, pôde-se constatar que 84% de todos os casos notificados foram confirmados como casos positivos (Gráfico 1).

TABELA 1
Prevalência de Casos Positivos de Dengue em relação ao número de casos notificados no município de Montes Claros entre os anos de 2001 a 2010

NOTIFICADOS	ANO										TOTAL
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
POSITIVOS	01	1479	37	12	177	822	877	1043	375	6856	11679
NÃO POSITIVOS	92	133	03	21	107	199	192	801	115	632	2295
TOTAL	93	1612	40	33	284	1021	1069	1844	490	7488	13974

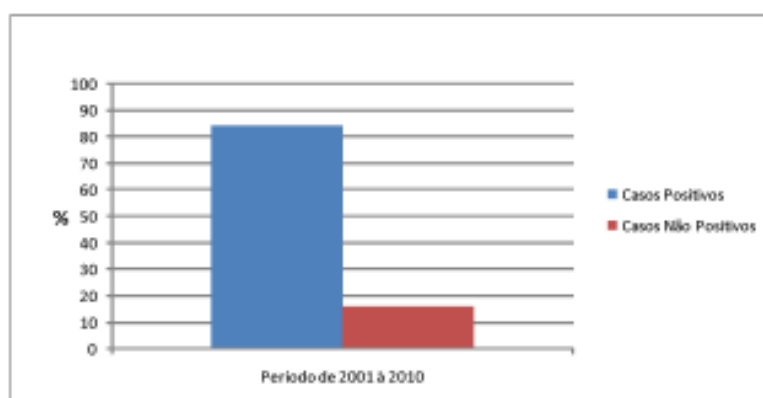


GRÁFICO 1: Classificação dos casos Notificados em Positivos e Negativos para Dengue no município de Montes Claros - MG no período de 2001 a 2010.

O Gráfico 2 representa a distribuição por zona residencial (Urbana/Rural) do número de notificações dos casos de Dengue no município de Montes Claros entre os anos de 2001 a 2010. Vale ressaltar que, em algumas notificações, não foram identificadas as zonas residenciais e, portanto, esses casos foram tabulados como não declarados. Fazendo-se a média dessa distribuição por zona residencial, desconsiderando os casos não declarados, percebe-se que 98,4% (13394) dos casos notificados ocorreram em zona urbana ao longo de todo o período estudado. Isso é justificado porque nas cidades há maior aglomeração de pessoas e fatores propícios para a proliferação do vetor.

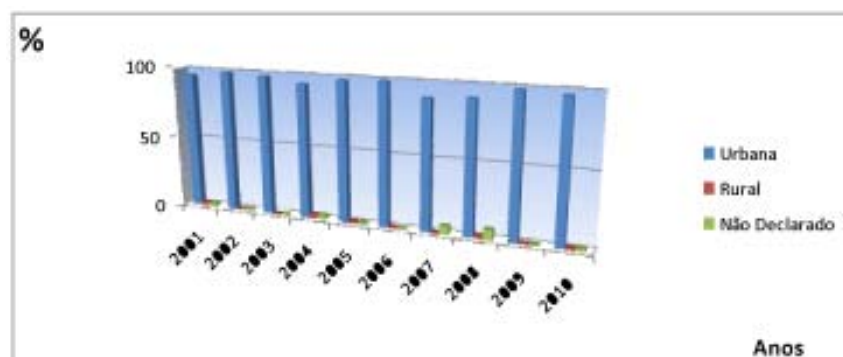


GRÁFICO 2: Distribuição por zona residencial (Urbana/Rural) do número de notificações dos casos de Dengue no município de Montes Claros-MG entre os anos de 2001 a 2010.

Foi verificada a distribuição dos casos notificados da doença, de acordo com o sexo, entre os anos de 2001 a 2010 (**Tabela 2**). Nessa avaliação, foi possível constatar que a prevalência da doença é maior no sexo feminino, com uma taxa percentual de 55,6%, enquanto que, no sexo masculino, foi de 44,4%.

TABELA 2
Distribuição dos Casos Notificados da Dengue, de acordo com o Sexo entre os anos de 2001 a 2010 no município de Montes Claros-MG

SEXO	ANO										TOTAL
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
MASC	43	680	16	13	132	427	458	853	218	3368	6208
FEM	50	932	24	20	152	594	611	991	272	4120	7766
TOTAL	93	1612	40	33	284	1021	1069	1844	490	7488	13974

Outro aspecto importante observado é que, no total de casos de Dengue diagnosticados no período estudado, predominou a forma da Dengue Clássica da doença apresentando um percentual de 99,7% (11648 casos). Os casos de Dengue Hemorrágica e Dengue com Complicações representaram apenas 0,3% (31 casos). O **Gráfico 3** abaixo mostra a distribuição das diferentes classificações clínicas da Dengue entre os anos de 2001 a 2010, em que foi possível constatar a prevalência da Dengue Clássica ao longo de cada ano estudado.

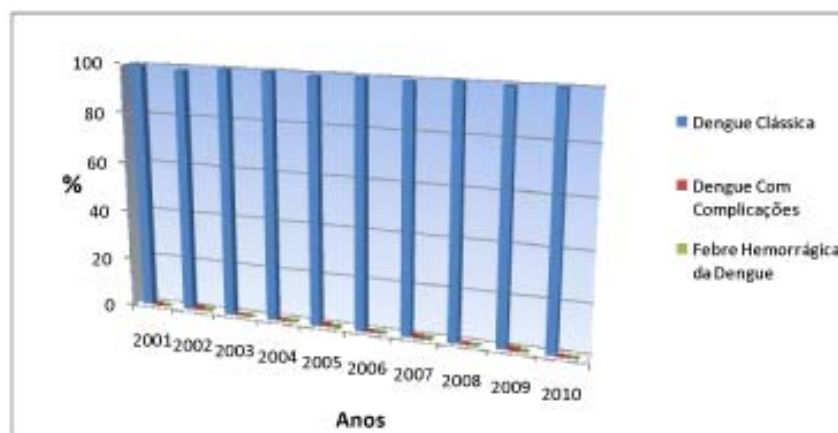


GRÁFICO 3: Distribuição das diferentes Formas Clínicas da Dengue entre os anos de 2001 a 2010 no município de Montes Claros-MG.

A Tabela 3 seguinte mostra a evolução dos casos positivos de Dengue para cura ou óbito entre os anos de 2001 a 2010. Nela, é possível constatar que 06 pacientes evoluíram para óbito. É relevante mencionar que desses 06 casos, 05 apresentavam o diagnóstico de Febre Hemorrágica da Dengue e 01 caso apresentou o diagnóstico de Dengue com Complicações. Isso confirma as informações de que a Febre Hemorrágica da Dengue apresenta maior valor de mortalidade.

TABELA 3
Evolução dos Casos positivos de Dengue para Cura ou Óbito entre os anos de 2001 a 2010
no município de Montes Claros-MG

POSITIVOS	ANO										TOTAL
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
CURA	01	1475	36	12	177	822	877	1043	375	6855	11673
ÓBITO	00	04	01	00	00	00	00	00	00	01	06
TOTAL	01	1479	37	12	177	822	877	1043	375	6856	11679

CONCLUSÃO

Diante dos resultados epidemiológicos encontrados neste trabalho, é possível dizer que as políticas de saúde pública adotadas no município de Montes Claros para o controle da Dengue não estão sendo eficazes. O Ministério da Saúde preconiza o saneamento ambiental e o controle químico para diminuir os criadouros do vetor. No entanto, apenas essa conduta é sabidamente insuficiente para controlar o *Aedes aegypti*. Há necessidade urgente de investir em novas metodologias de combate ao vetor da dengue e desenvolver políticas de saúde pública que integrem as ações governamentais às populares. Não é mais possível que a população atribua os altos índices de casos de dengue no município apenas ao governo. Chegou a hora de cada um assumir a sua parcela de culpa neste cenário. Assim, e somente assim, com uma conscientização popular associada a políticas de saúde públicas bem desenvolvidas é que será possível acreditar em um controle epidemiológico eficaz da Dengue no município de Montes Claros.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- DOMINGOS, M. F. *Aspectos da ecologia de Aedes aegypti (Linnaeus) em Santos*, São Paulo, Brasil: Faculdade de Saúde Pública; 2005.
- FERES, V. C. et al. Laboratory surveillance of dengue vírus in Central Brazil, 1994-2003. *J Clin Virol.* 2006; 37: 179-83.
- GRS, Gerência Regional de Saúde de Montes Claros (MG). Coordenadoria de Epidemiologia. Dados de Casos Registrados de Dengue – 2000 a 2007. Montes Claros, 2008.
- IBGE, Instituto de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidades>>. Acesso em: 20 fev. 2011.
- LEITE, M.E.; FONSECA, D.S.R.; BRAZ, C.K R. O Uso do SIG na Análise da Dengue: Aplicação na Microrregião de Montes Claros/ Bocaiúva (MG). *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 4, p. 126-141, 2008.

MONDINI, A. Chiaravalloti-Neto F, Sanches MG, Lopes JCC. Análise espacial da transmissão de Dengue em cidade de porte médio do interior paulista. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, 2005. p.444-451.

MONTES CLAROS, Prefeitura Municipal de Montes Claros, Centro de Zoonoses, Divisão Epidemiológica. Dados de casos registrados de Dengue – 2001 a 2010.

NEVES, D. P. *Parasitologia Humana*. São Paulo – Atheneu, 2005.

SINGHI, S.; KISSOON, N.; BANSAL, A. Dengue e dengue hemorrágico: aspectos do manejo na unidade de terapia intensiva. *Jornal de Pediatria* (Rio) v. 83, n. 2, 2007. p.22-35.

TAUIL, PL. Urbanização e ecologia do dengue. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n. esp., 2001. p.99-102.

TORRES, M. E. Dengue. *Estudos Avançados*, v.22, n.64, p.33-52, 2008.

VARELLA, D. *Aedes aegypti*. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/aedes_aegypti.asp>. Acesso em: 09 jan. 2007.

ATIVIDADE FÍSICA E HIDRATAÇÃO

Kenji Fuke¹, Lucas Cancian², Camila Gewehr³, Gitane Fuke⁴, Silvana Corrêa Matheus⁵

RESUMO: A elevação da temperatura corporal induzida pela atividade física é combatida principalmente pela sudorese, o que poderá causar a desidratação. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão sobre os benefícios e formas de hidratação pré, durante e pós atividade física. O consumo adequado de fluidos é essencial para a prevenção da desidratação, tanto ao nível desportivo, quanto ao de saúde. A quantidade e a composição dos fluidos a serem ingeridos dependem do tipo da atividade, do stress fisiológico e do organismo dos atletas. Deste modo, uma hidratação de maneira adequada deve ser prioridade para atletas em treinamentos e competições, assim como para não atletas praticantes de atividades físicas.

PALAVRAS-CHAVE: Hidratação, Atividade Física, Atletas.

PHYSICAL ACTIVITY AND HYDRATION

ABSTRACT: The increase in body temperature induced by physical activity is decreased mainly by sweating, which can cause dehydration. The purpose of this study is to review the benefits and the hydration before, during and after physical activity. The adequate intake of fluids is essential to prevent dehydration, both in sports, as to health. The quantity and composition of the fluids to be taken depend on the type of activity, the physiological stress and the body of athletes. Thus, a properly hydrated should be a priority for athletes in training and competition, as well as non-athletes in physical activities.

KEY-WORDS: Hydration, Physical Activity, Athletes.

¹ Professor de Educação Física (IF-SC), Mestre em Treino de Alto Rendimento (UTL/FMH).

² Professor de Educação Física, Especializando em Ativ. Fis, Desemp Motor e Saúde (UFSM).

³ Farmaceutica, Mestre em Farmacologia (UFSM) e Doutoranda Biomedicina e Medicina (IEP BH).

⁴ Nutricionista, Mestre em Tecnologia dos Alimentos e Doutoranda em Tecnologia dos Alimentos (UFSM)

⁵ Professora de Educação Física (UFSM), Doutora em Ciências do Movimento Humano (UFSM).

INTRODUÇÃO

A nutrição esportiva vem sendo bastante valorizada por atletas, treinadores e pesquisadores do esporte, na tentativa de melhorar a performance. A preocupação desses profissionais do esporte pauta-se na grande demanda de treinos e competições e na necessidade de reposição nutricional adequada. Segundo Reeves e Collins (2003), com uma dieta balanceada e treinos prescritos de maneira correta, é possível otimizar as reservas energéticas para as competições, conseqüentemente melhorando o desempenho atlético.

Diversos trabalhos científicos têm associado necessidades energéticas, composição da dieta e consumo de carboidratos (CHO) com o armazenamento (estoque de glicogênio muscular) para um desempenho otimizado (BURKE et al., 1998; WALLIS et al., 2007).

O uso de suplementação alimentar como estratégias nutricionais que envolvem uma ingestão rica em CHO antes da prática esportiva aumentam as reservas de glicogênio muscular e hepático (CYRINO & ZUCAS, 1999). Essa supercompensação e reposição de CHO vêm sendo utilizada a décadas e é baseada em estudos que demonstraram uma correlação positiva entre as concentrações de glicogênio muscular pré-exercício e o tempo de manutenção do esforço (BERGSTRÖM *et al.*, 1967; KARLSSON; SALTIN, 1971). Já o consumo de CHO durante a atividade ajuda na manutenção da glicemia sanguínea e na oxidação destes substratos (COGGAN, 1997; COSTILL; HARGREAVES, 1992).

Maughan e Murray (2001) evidenciam a necessidade da ingestão de CHO e eletrólitos em fluidos durante o exercício devido à reposição destes para a manutenção do desempenho, além de intensificarem a rehidratação.

Os dois fatores que mais contribuem para o aparecimento da fadiga durante treinamentos e competições são a diminuição dos CHO (armazenados como glicogênio no organismo) e a desidratação (perda de água e eletrólitos) (ANTUÑANO et al., 2008).

Assim, o objetivo desse estudo consiste em estabelecer por meio de uma revisão bibliográfica os efeitos da hidratação e do consumo de CHO em atletas.

METODOLOGIA

Este estudo foi construído através do levantamento de dados encontrados na literatura já existente. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (mantido pela National Library of Medicine), onde foram consultados artigos originais e de revisão sobre o tema Atividade física, hidratação e atletas.

DESIDRATAÇÃO NO ESPORTE

A desidratação decorrente da atividade física aumenta a frequência cardíaca, a temperatura corporal e o risco de câimbras (CASA et al., 2000; SAWKA et al., 2007), conseqüentemente diminuindo a desempenho atlético. Essa desidratação, se suficientemente grave, irá prejudicar a performance física e mental dos atletas e representam um risco para a saúde, especialmente durante ou após treinamentos e competições (MAUGHAN & SHIRREFFS, 2010). Aproximadamente 80% da energia para a contração muscular é liberado na forma de calor no corpo para ser removido rapidamente de modo a não causar um aumento da temperatura corporal acima de um nível crítico que teria conseqüências muito negativas para a saúde. O mecanismo da transpiração, ao mesmo tempo em que esfria o corpo,

provoca uma perda significativa de líquidos. Assim, é importante o restabelecimento da homeostase que foi alterada pela perda de água e íons durante o esforço físico. (ANTUÑANO et al., 2008).

A desidratação durante a atividade física é comum, porque muitos atletas não consomem quantidade suficiente de líquidos para repor as perdas causadas. Isto não só irá causar diminuição do desempenho físico, mas também aumenta o risco de lesão, além de pôr em risco a saúde e até mesmo a vida do atleta. Portanto, é muito importante desenvolver uma estratégia capaz de manter um nível ótimo de fluido corporal durante os treinamentos e competições (MAUGHAN & SHIRREFFS, 2010; ARMSTRONG, 2005; CHEUVRONT & SAWKA, 2005).

Segundo Gil-Antuñano et al. (2008), a desidratação afeta o desempenho esportivo pois:

- Diminui a produção de energia aeróbia pelo músculo;
- O lactato demora em ser transportado para fora do músculo;
- Reduz a força.

Dependendo do nível da desidratação (proporção de líquidos perdidos durante a atividade física), algumas alterações podem ser observadas (MAUGHAN & GLEESON, 2004).

- Perda de 2%: Declínio na capacidade termorregulatória;
- Perda de 3%: Diminuição da resistência ao exercício, câimbras musculares, tonturas, aumento do risco de desmaios e aumento da temperatura corporal até 38 graus;
- Perda de 4-6%: Redução da força muscular, contraturas, dor de cabeça e aumento da temperatura corporal até 39 graus;
- Perda de 7-8%: Contraturas graves, fadiga, parestesia, possível falência de órgãos, insolação;
- Perda superior a 10%: Implica em sério risco de vida.

Assim, embora saibamos que existem características individuais que estabelecem diferenças marcantes entre atletas (fatores ambientais, aclimatação prévia, estado de treinamento, peso, ingestão de drogas, sexo, idade, etnia, etc), devemos observar que a primeira recomendação a ser estabelecida em relação a realização de um exercício físico, mais ou menos intenso, é a necessidade de repor os líquidos perdidos (ANTUÑANO et al., 2008).

HIDRATAÇÃO PRÉ-ATIVIDADE FÍSICA

Não há concordância universal sobre o estado de hidratação ideal antes da atividade física, assim como não há um bom índice de euidratação que pode ser aplicado (MAUGHAN & SHIRREFFS, 2010). O *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2007) propõe algumas normas quanto à ingestão de água antes do exercício. AACSM (2007) indica que é necessária a ingestão de quantidades adequadas de líquidos no período de 24 horas que antecede a competição. Além disso, recomenda o consumo de 500 ml de água 2 horas antes do exercício, para promover uma hidratação adequada e dar um intervalo para que o excesso de água seja eliminada. Nesta mesma linha de pensamento, a *National Athletic Trainers Association* (2000) recomenda que os atletas devem iniciar todas as sessões de treinamento e competições bem hidratados.

Para avaliar o estado de hidratação, existem várias opções que podem ser usadas e têm sido descritas em detalhe por diferentes autores, incluindo Armstrong et al. (1994), Shirreffs (2003), Armstrong (2005) e Cheuvront e Sawka (2005). As variáveis primárias que

são homeostaticamente reguladas são volume de sangue e osmolalidade plasmática, mas ambos estão sujeitos a variações de curto prazo em resposta à mudança de postura, alimentação, exercício e ingestão de líquidos e uma série de outros fatores, por isso não são um bom índice do estado de hidratação (ARMSTRONG et al, 1994;. POPOWSKI et al, 2001).

Numa perspectiva mais prática, a frequência cardíaca, a cor e o volume da urina, podem ser acompanhados na tentativa de uma avaliação do estado de desidratação (MURRAY, 1997). Segundo Murray (1997), urinar poucas vezes, pequeno volume e com coloração escura indicam um estado de desidratação. Deste modo, o atleta deve continuar a ingerir líquidos antes de iniciar o exercício.

Armstrong et al. (1985) em um estudo com atletas corredores (fundistas), mostraram que quando a desidratação foi de aproximadamente 2% do peso corporal (foi ministrado um diurético antes do exercício) a velocidade de corrida decresceu significativamente (6% a 7%), ou seja, o atleta que inicia uma competição desidratado, já entra em desvantagem.

Como é possível constatar, a ingestão de fluidos de forma adequada antes da atividade física ajuda a otimizar a resposta fisiológica e aumenta o rendimento físico (DUNFORD, 2006).

Com relação ao tipo de fluido utilizado na hidratação, a ingestão de bebidas esportivas (Isotônicas) antes do exercício ou competição tem apresentado vantagens em relação à água (OSTOJIC; MAZIC, 2002). Segundo o ACSM (2007), o líquido a ingerir deverá conter sódio já que aumenta a palatabilidade e o desejo de beber, estimula a sede e reduz a produção de urina, facilitando a retenção de líquidos. Em contrapartida, uma ingestão exagerada de água antes da atividade física é ineficaz como meio de induzir hiperhidratação, uma vez que a água excedente é rapidamente excretada (SANTOS & TEIXEIRA, 2010) e quando a utilização de bebidas esportivas é exagerada, pode ocorrer náuseas e indisposição gastrointestinal (ACSM, 2007).

HIDRATAÇÃO DURANTE A ATIVIDADE FÍSICA

A hidratação durante a atividade física tem como objetivo conseguir que os esportistas ingiram uma quantidade adequada de líquidos que permitam manter o balanço eletrolítico e o volume plasmático adequado (GIL-ANTUÑANO et al., 2008). Tanto em treinos, quanto em competições, os atletas devem começar cedo a ingerir líquidos, em intervalos regulares (adequados a perda hídrica), para que possam repor a água perdida através da sudorese ou então consumir o máximo tolerável (ACSM, 2007). Segundo Gil-Antuñano et al. (2008), a partir dos 30 minutos de atividade física começa a ser necessária a ingestão de fluidos para compensar a perda de líquidos, e após uma hora de atividade, essa ingestão é essencial. O ACSM (2007) recomenda a ingestão de fluidos com temperatura inferior à ambiental (entre 15°C e 22°C), pois bebidas muito geladas diminuem a absorção e às vezes pode causar tonturas e desmaios, enquanto as bebidas quentes não são atraentes, diminuindo a ingestão.

Segundo Hew-Butler et al (2006) num consenso publicado pela *International Marathon Medical Directors Association*, deve-se ingerir de 6-8 mililitros de líquidos por quilograma de peso corporal e período de tempo (cerca de 400 a 500 ml / h ou 150-200 ml a cada 20 minutos) e não é conveniente tomar mais líquidos do que o necessário para compensar o déficit hídrico. Estas orientações atuais contrastam com as recomendações feitas pelo ACSM (1996) quando assinalavam para 10 a 12 ml / kg / h e beber o máximo possível para evitar a perda de peso corporal durante o exercício. Atualmente, o ACSM (2007) não dá

indicação do volume de líquido a ingerir durante a atividade física, devido à grande variabilidade nas taxas de sudorese, concentração de eletrólitos no suor, duração do exercício e oportunidades para ingerir fluidos.

HIDRATAÇÃO PÓS-ATIVIDADE FÍSICA

Tendo como objetivo restaurar rapidamente as funções fisiológicas, musculares e metabólicas, mediante a correção da perda de líquidos, eletrólitos e carboidratos (MEYER & PERRONE, 2004; CHEUVRONT & SAWKA, 2006), a hidratação pós-atividade física deve iniciar imediatamente após o término do treino ou competição (GIL-ANTUÑANO et al., 2008; MAUGHAN et al., 1996; SAWKA et al., 2007). Qualquer déficit hídrico decorrente da prática de atividades físicas poderá comprometer a sessão seguinte se não ocorrer uma adequada reposição (SHIRREFFS et al., 2004).

O volume a ser ingerido depende naturalmente da quantidade de líquidos perdidos durante a atividade física, a qual pode ser estimada pela diferença de peso corporal antes e após a conclusão dos treinos ou competições (SANTOS & TEIXEIRA, 2010).

Para otimizar o processo de recuperação física dos atletas, a reposição de líquidos pós-atividade física deve ser cerca de 150% da perda do peso corporal (MEYER & PERRONE, 2004). Segundo Burke (2001), se a perda de peso durante o treinamento ou competição tem sido maior que 2% do peso corporal, deve-se ingerir líquidos mesmo se você não estiver com sede, além de salgar mais os alimentos. Gil-Antuñano et al. (2008) também recomenda a ingestão de pelo menos 150% da perda de peso nas primeiras seis horas após a atividade física, para repor a quantidade de líquidos eliminados (suor e urina), e assim, restaurar o equilíbrio hídrico, pois os atletas mais bem preparados desenvolvem um sistema de refrigeração mais eficiente (sudorese), de modo que devem consumir mais líquidos.

As bebidas que devem preferencialmente ser consumidas após a atividade física tem de conter sódio e CHO. As bebidas com sódio são mais eficientes na rehidratação, quando comparadas com a água simples, pois repõem as perdas de sódio (NOAKES, 2006; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2008) e previnem a hiponatremia, além de facilitar a absorção dos CHO (SAWKA et al., 2007). Já a ingestão de CHO é recomendada para promover a ressíntese de glicogênio muscular e hepático (GIL-ANTUÑANO et al., 2008).

BEBIDAS ESPORTIVAS

O consumo de bebidas esportivas contendo variadas quantidades de eletrólitos e outros nutrientes como CHO, com o objetivo de aumentar o rendimento atlético, está bastante difundido em alguns eventos esportivos (ROMBALDI & SAMPEDRO, 2001). consumo dessas bebidas durante os exercícios auxilia a performance dos atletas, pois possibilita uma economia de glicogênio muscular e hepático, além de conservar os níveis glicêmicos mais estáveis (FOSS & KETEVAN, 2000).

Essas soluções líquidas preparadas com fins comerciais e utilizadas no esporte, apresentam uma composição específica para promover uma rápida absorção de água e eletrólitos perdidos durante a atividade com o intuito de prevenir ou retardar as alterações induzidas pelo exercício na homeostasia hidroeletrólítica. Adequadamente formuladas esses fluidos com água, aromatizante, carboidratos e eletrólitos incentivam a ingestão de líquidos, promovem rápida absorção, repõem eletrólitos perdidos, melhoram o desempenho e intensificam a rehidratação (MAUGHAN & MURRAY, 2001).

Acredita-se que bebidas contendo 6-8% de concentração de CHO, são absorvidas pelo organismo com a mesma velocidade que a água, porém fornecem energia aos músculos em atividade (COLEMAN, 1996), provocando uma diminuição do catabolismo protéico, o que acaba por reduzir os processos de lesão muscular (BARCLAY et al., 1991; FEBBRAIO et al., 2004; BANFI et al., 2006; KRUSTRUP et al., 2006).

O consumo desse tipo de bebida durante a prática de exercícios em treinos intensos ou competições provou ser mais adequada na maioria dos estudos relacionados ao futebol (LEATT & JACOBS, 1989; NICHOLAS *et al.*, 1995; OSTOJIC & MAZIC, 2002; WELSH *et al.*, 2002). Foi observado que quando os jogadores de futebol ingerem fluidos que contenham CHO durante uma simulação ou durante uma partida real, estes cobrem uma maior distância, tem uma maior concentração de glicogênio ao finalizar a partida, exibem um melhor rendimento e sentem-se menos fadigados que aqueles jogadores que não ingerem fluidos com CHO (MCGREGOR *et al.*, 1999; NICHOLAS *et al.*, 2000).

Quando as concentrações de CHO nas bebidas são aumentadas para níveis acima do recomendado, esta poderá retardar o esvaziamento gástrico e a absorção intestinal de fluidos, diminuindo a celeridade com que os fluidos são repostos no organismo em processo de desidratação (PASSE, HORN & MURRAY, 2000).

CONCLUSÃO

Durante a atividade física, a prevenção da desidratação com ingestão regular de líquidos é uma estratégia importante para garantir o bem-estar físico e mental dos praticantes, seja em treinos ou competições. A desidratação gera impactos negativos nas funções fisiológicas, acarretando assim, diminuição no rendimento e problemas de saúde nos atletas. Entretanto, tanto os treinadores, quanto os atletas ainda não valorizam suficientemente o processo de hidratação e não são criteriosos na seleção e utilização dos fluidos e das metodologias para a ingestão. A educação desta população para este tema é de fundamental importância, mas mais importante que divulgar diretrizes é disponibilizar, nos treinos e jogos, líquidos com agradável palatabilidade e estimular a ingestão pelos atletas (SANTOS & TEIXEIRA, 2010).

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position stand on exercise and fluid replacement. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 377-390, 2007.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position Stand: Exercise and fluid replacement. *Med Sci Sports Exerc.* 29:1-11, 1996.

ARMSTRONG, L.E. Hydration assessment techniques. *Nutr Rev.* 63: S40–S54, 2005.

ARMSTRONG, L.E., MARESH, C.M., CASTELLANI, J.W., BERGERON, M.F., KENEFICK, R.W., LAGASSE, K.E., RIEBE, D. Urinary indices of hydration status. *Int. J. Sport Nutr.* 4:265-279, 1994.

ARMSTRONG, L.E., COSTILL, D.L., FINK, W.J. Influences of diuretic-induced dehydration on competitive running performance. *Med. Sci. Sports Exerc.* 17:456-461, 1985.

BANFI, G., MALAVAZOS, A., IORIO, E.L., DOLCI, A., DONEDA, L., VERNA, R., CORSI, M.M. Plasma oxidative stress biomarkers, nitric oxide and heat shock protein 70 in trained elite soccer players. *Eur J Appl Physiol.* 96 (5): 483 – 486, 2006.

BARCLAY, J.K.; HANSEL, M. Free radicals may contribute to oxidative skeletal muscle fatigue. *Can J Physiol Pharmacol.*, 69(2):279-84, 1991.

BERGSTROM, M.J., HERMANSEN, L., HULTMAN, E., SALTIN, B. Diet, muscle glycogen and physical performance. *Acta Physiol Scand.* 71(2):140-50, 1967.

BURKE, L.M., CLAASSEN, A., HAWLEY, J.A., NOAKES, T.D. Carbohydrate intake during prolonged cycling minimizes effect of glycemic index of preexercise meal. *J Appl Physiol.* 85:2220-6, 1998.

BURKE, L.M. Nutritional needs for exercise in the heat. *Biocem. Physiol. Amol. Integr. Physiol.* 128:735-48, 2001.

CASA, D.J., ARMSTRONG, L. E., HILLMAN, S.K., MOUNTAIN, S.J., REIFF, R.V., RICH, B.S.E., ROBERTS, W.O., STONE, J.A. NATA: National Athletics Trainer's Association Position Statement. *Journal of Athletic Training* v.35, n. 2, p. 212- 224, 2000.

CHEUVRONT, S.N., SAWKA, M.N. Hydration assessment of athletes. *GSSI/ Sports Sci Exchange.* 97 (2): 1–8, 2005.

CHEUVRONT, S.M., SAWKA, M.N. Avaliação da Hidratação de Atletas. *Sports Science Exchange.* 46: 1-4, 2006.

COGGAN, A.R. Plasma glucose metabolism during exercise: effect of endurance training in humans. *Medicine & Science in Sports and Exercise.* 29(5): 620-627, 1997.

COLEMAN, E. Aspectos atuais sobre bebidas para esportistas. *Sports Science Exchange*, n.3,1996.

COSTILL, D.L., HARGREAVES, M. Carbohydrate, nutrition and fatigue. *Sports Medicine.* 13(2): 86-92, 1992.

CYRINO, E.S., ZUCAS, S.M. Influência da ingestão de carboidratos sobre o desempenho físico. *Rev Ed Fís/ UEM* – 10 (1): 73-79, 1999.

DUNFORD, M. *Sports Nutrition: A Practice Manual for Professionals.* 4th ed.; 2006.

FEBBRAIO, M.A., MESA, J.L., CHUNG, J., STEENBERG, A., KELLER, C., NIELSEN, H.B., KRUSTRUP, P., OTT, P., SECHER, N.H., PEDERSEN, B.K. Glucose ingestion attenuates the exercise-induced increase in circulating heat shock protein 72 and heat shock protein 60 in humans. *Cell Stress Chap.* 9: 390-396, 2004.

FOSS, M.L., KETEVIAN, S.J. *Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GIL-ANTUÑANO, P.N., BONAFONTE, L.F., MARQUETA, P.M., GONZÁLEZ, B.M., GARCÍA, J.A.V. Consenso sobre bebidas para el deportista. Composición y pautas de reposición de líquidos - Documento de consenso de la Federación Española de Medicina del Deporte. *Arch Med Deporte*. 25:245-258, 2008.

HEW-BUTLER, T., VERBALIS, J.G., NOAKES, T.D. Updated fluids recommendation: position statement from the International Marathon Medical Directors Association (IMMDA). *Clin J Sport Med*. 16:283-92, 2006.

KARLSSON, J., SALTIN, B. Diet, muscle glycogen and endurance performance. *Journal of Applied Physiology*. 31(1): 203-206, 1971.

KRUSTRUP, P., MOHR, M., STEENSBURG, A., BENCKE, A., KJÆR, M., BANGSBO, J. Muscle and blood metabolites during a soccer game: Implications for sprint performance. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(6), 1–10, 2006.

LEATT, P.B., JACOBS, I. Effect of glucose polymer ingestion on glycogen depletion during a soccer match. *Can. J. Sport Sci.*, 14:112-116, 1989.

MAHAN, L.K., ESCOTT-STUMP, S. Krause's food, nutrition and diet therapy 12th ed. *Philadelphia W.B. Saunders*; 2008.

MAUGHAN, R.J., GLEESON, M. *The Biochemical Bases of Sports Performance*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

MAUGHAN, R., MURRAY, R. *Sports drinks: Basic Science and practical uses*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2001.

MAUGHAN, R.J., LEIPER, J.B., SHIRREFFS, S.M. Restoration of fluid balance after exercise-induced dehydration: effects of food and fluid intake. *Eur. J. Appl. Physiol*. 1996.

MAUGHAN, R.J., SHIRREFFS, S.M. Dehydration and rehydration in competitive sport. *Scand J Med Sci Sports*. 20 Suppl 3:40-7, 2010.

MCGREGOR, S.J., NICHOLAS, C.W., LAKOMY, H.K.A., WILLIAMS, C. The influence of intermittent high-intensity shuttle running and fluid ingestion on the performance of a soccer skill. *Journal of Sports Science*, 17, 895-903, 1999.

MEYER, F., PERRONE, C. A. Hidratação pós-exercício – Recomendações e Fundamentação científica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Porto Alegre, v 12, n. 2, p.87-90, 2004.

MURRAY, B. Reposição de Fluidos. *Sports Science Exchange*. 13: 1-6, 1997.

NICHOLAS, C.W., NUTTAL, F.E., WILLIAMS, C. The Loughborough Intermittent Shuttle Test : A field test that simulates the activity pattern of soccer. *Journal of Sports Sciences*, 18, 97-104, 2000.

NICHOLAS, C.W., WILLIAMS, C., LAKOMY, H.K.A., PHILLIPS, G., NOWITZ, A. Influence of ingesting a carbohydrate-electrolyte solution on endurance capacity during intermittent high-intensity shuttle running. *J. Sports Sci.*, 13:283-290, 1995.

NOAKES, T.D. Sports drinks: prevention of "voluntary dehydration" and development of exercise-associated hyponatremia. *Med Sci Sports Exerc.* 38(1), pp.193, 2006.

OSTOJIC, S., MAZIC, S. Effects of a carbohydrate-electrolyte drink on specific soccer tests and performance. *J. Sports Sci. Med.*, 2:47-53, 2002.

PASSE, D. H.; HORN, M.; MURRAY, R. Impact of beverage acceptability on fluid intake during exercise. *Appetite*, 35(3):219-229, 2000.

POPOWSKI, L.A., OPPLIGER, R.A., LAMBERT, G.P., JOHNSON, R.F., JOHNSON, A.K., GISOLFI, C.V. Blood and urinary measures of hydration during progressive acute dehydration. *Med.Sci. Sports Exerc.* 33:747-753, 2001.

REEVES, S., COLLINS, K. The nutritional and anthropometric status of Gaelic Football Players. *Int J Sport Nutr Exerc Metabol.*, 13: 539-548, 2003.
ROMBALDI, A.J., SAMPEDRO, R.M.F. Fatores a considerar na suplementação com soluções carboidratadas. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 1, p. 53-61, 2001.

SANTOS, A., TEIXEIRA, V.H. Exercício e Hidratação. *Rev Medic Desp in forma*, 1 (4), pp.13-15, 2010.

SAWKA, M.N., BURKE, L.M., EICHNER, E.R., MAUGHAN, R.J., MONTAIN, S.J., STACHENFELD, N.S.: American College of Sports Medicine position stand. Exercise and fluid replacement. *Med Sci Sports Exerc* 39. 377-90, 2007.

SHIRREFFS, S.M. Markers of hydration status. *European Journal of Clinical Nutrition*, v.57, n.2, p.6-9, 2003.

SHIRREFFS, S.M., ARMSTRONG, L.E., CHEUVRONT, S.N. Fluid and electrolyte needs for preparation and recovery from training and competition. *J Sports Sci.* 22: 57-63, 2004.

WALLIS, G.A., YEO, S.E., BLANNIN, A.K., JEUKENDRUP, A.E. Dose-response effects of ingested carbohydrate on exercise metabolism in women. *Med Sci Sports Exerc.* 39:131-8, 2007.

WELSH, R.S., DAVIS, J.M., BURKE, J.R., WILLIAMS, H.G. Carbohydrates and physical/mental performance during intermittent exercise to fatigue. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 34:723-731, 2002.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: RESGATANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Graciele Oroski Paes¹, Jane Conceição dos Reis², Simone Mendes Carvalho³

RESUMO: Esta revisão refere-se acerca das produções científicas sobre a assistência de enfermagem ao paciente sob ventilação mecânica invasiva. O objetivo deste estudo é identificar nas bases de dados virtuais publicações de enfermagem sobre assistência ao paciente em uso de ventilação mecânica ao longo de dez anos e analisar como foi o comportamento da evolução dos cuidados na assistência de enfermagem a estes pacientes. Trata-se de uma revisão bibliográfica, com recorte temporal de 10 anos (1997 a 2007). O levantamento dos dados se deu através das bases de dados: SCIELO, PUBMED E LILACS. A amostra deste estudo foi composta por 16 artigos. Observou-se superioridade em número e evolução da enfermagem americana em relação à enfermagem brasileira. Propõem-se novos estudos de abordagem dos profissionais de enfermagem na prática. Observado como fatores limitantes o baixo número de artigos brasileiros para uma melhor análise da evolução dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Respiração artificial, Enfermagem, Ventilação mecânica, Mechanical Ventilation, Nursing.

NURSING CARE TO PATIENT INVASIVE MECHANICAL VENTILATION: RESCUING THE SCIENTIFIC PRODUCTION

ABSTRACT: This review refers about of the scientific production of nursing care to patients under invasive mechanical ventilation. Objectives: To identify the virtual databases of publications on nursing care to patients on mechanical ventilation over ten years and was to analyze how the development of the evolution of care in nursing care to these patients. Methods: bibliographic review, included in interval of ten years (1997-2007), data collection was through the databases: SciELO, PubMed and LILACS. Results: we used 16 articles for analysis. Discussion: There was a superiority in number and evolution of American nursing in relation to Brazilian nursing. Conclusion: We propose new approach to studies of nursing practice. We observed as limiting factors low number of Brazilian articles for a better analysis of the evolution of care.

KENYWORDS: Artificial Respiration, Nursing, Mechanical Ventilation, Nursing.

¹ Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro(DEF/EEAN/UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Email: gracieleoroski@gmail.com

² Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Coordenadora da Unidade de cuidados intensivos Medwork, Cabo Frio, Rio de Janeiro, Brasil. Email: janecreis@hotmail.com

³ Enfermeira. Professora adjunta I do Centro Universitário Norte do Espírito Santo, da Universidade Federal do Espírito Santo (CEUNES/UFES). Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

Recebido em: 19/04/2011
Aprovado em: 10/06/2011

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Dentro das unidades de cuidados intensivos é comum a assistência a pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva, e com as inovações tecnológicas vem sendo exigido cada vez mais dos enfermeiros treinamento e atualização para prestação de uma assistência qualificada voltada para bons resultados.

A ventilação mecânica propriamente dita teve início em 1.555 por Versailus e por Hooke, em 1667, que com o auxílio de um balão de ar e um animal com o tórax aberto demonstraram que era possível preservar a vida com a insuflação mecânica dos pulmões (AMARAL, 2006).

Em 1896 Tuffer e Hallion, iniciaram a ventilação artificial através de uma válvula que não permitia reinalação, adaptada ao tubo endotraqueal, este que foi introduzido através do tato na traquéia de um paciente que necessitava de ressecção de um pulmão. Passando por diversas modificações e aprimoramentos, houve uma evolução sistemática, na década de 1950 nos Estados Unidos da América, em plena crise de poliomielite, sendo esta doença a principal motivadora da necessidade de suporte ventilatório invasivo na época, lotando setores com pacientes dos famosos ventiladores Pulmão de Aço.

A assistência ventilatória, por ser invasiva, é uma das maiores causas de internação de pacientes em unidades de terapia intensiva, ou tornando-se esse procedimento necessário no decorrer do tratamento do paciente gravemente enfermo, o enfermeiro torna-se responsável pelo cuidado e atenção às necessidades deste paciente, sendo mister o seu conhecimento e constante atualização. O paciente sob assistência ventilatória mecânica assistido pela enfermagem constituiu um trabalho intenso, extenso e complexo (SILVA; FILHO, 2003).

Observa-se ainda, que em muitas situações, a sobrevivência do paciente crítico depende fundamentalmente de tomadas de decisões imediatas por parte do enfermeiro (SILVA; COSTA; SHIRATORI, 2006).

O objeto deste estudo é assistência de enfermagem ao paciente sob ventilação mecânica invasiva. Diante disso, pergunta-se: O que enfermeiros publicaram acerca do cuidado de enfermagem prestado ao paciente sob suporte ventilatório invasivo em um recorte temporal de dez anos? Houve evolução neste cuidado ao longo do tempo?

Este estudo tem como objetivos identificar nas bases de dados virtuais publicações de enfermagem sobre assistência ao paciente em uso de ventilação mecânica ao longo de dez anos e analisar como foi o comportamento da evolução dos cuidados na assistência de enfermagem a estes pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica acerca do tema ventilação mecânica invasiva com foco na evolução dos cuidados na assistência de enfermagem com recorte temporal de dez anos.

Neste estudo foram eleitas as seguintes bases de dados para a realização da pesquisa: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Pubmed.

Foram utilizados como descritores: “respiração artificial” e “enfermagem” na Lilacs; “ventilação mecânica” e “enfermagem” na Scielo; e “mechanical ventilation” e “nursing” na Pubmed. A mudança de descritores se fez necessária, para adequação aos descritores cadastrados nas respectivas bases.

Os critérios de seleção estabelecidos foram: a) terem sido publicados entre os anos de 1997 a 2007; b) publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; c) artigos disponíveis na íntegra; d) artigos publicados por enfermeiros; e) metodologia descrita com clareza; f) referirem-se a artigos publicados em periódicos de enfermagem ; g) referirem-se a estudos acerca da assistência a adultos >19 anos; h) referirem-se aos cuidados diretos ou indiretos de enfermagem dispensados aos pacientes submetidos à ventilação mecânica.

O levantamento foi realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2010.

Em primeira análise foram encontrados um total de 15 publicações na Pubmed, 03 publicações na Scielo e 01 na Lilacs. Apesar do refinamento após a leitura excluíram-se ainda 03 publicações. A tabela 1 demonstra como foi direcionada a busca:

Dois estudos foram excluídos, o estudo de Burns publicado em 2006, comparou os métodos de capnografia e calorimetria para identificar intubação inadvertida das vias aéreas quando o objetivo era acessar a via gástrica, e o estudo de Higgins, que tratou de adequações nutricionais no paciente grave, incluindo também pacientes sob suporte ventilatório invasivo, logo, o foco foi constituído acerca dos aspectos nutricionais, intubação de via gástrica e não no cuidado de enfermagem ao paciente sob suporte ventilatório invasivo, justificando assim a exclusão destes dois estudos

A análise dos resultados se deu de forma qualitativa descrevendo o conteúdo e analisando a evolução dos cuidados de enfermagem.

TABELA 1
Resultados da busca nas bases de dados com os descritores estabelecidos

BASE DE DADOS	DESCRITORES	ENCONTRADOS	SELECIONADOS
LILACS	Respiracao artificial/Enfermagem	30	01
SCIELO	Ventilacao mecanica/Enfermagem	03	03
PUBMED	Mechanical ventilation and nursing	20	15
TOTAL			19

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 2 estão descritas as publicações encontradas:

TABELA 2
Descrição dos resultados

PAÍS, ANO	TÍTULO	AUTOR	REVISTA
Brasil, 2001	Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado. Estudo prospectivo – dados preliminares.	Zeitoun, Barros, Diccini, Juliano	Rev. Latino-Am. Enfermagem
Brasil, 2001	Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva.	Moreira e Padilha	Acta paul. enferm
EUA, 2002	Weaning older patients from long-term Mechanical ventilation: a pilot study	Epstein, El-Mokadem, Peerless	Am J Crit Care
EUA, 2002	Suctioning techniques and airway management Practices: pilot study and instrument evaluation	Sole , Byers , Ludy , Ostrow .	Am J Crit Care
EUA, 2002	Bacterial growth in secretions And on suctioning equipment of Orally intubated patients: a pilot study	Sole, Poalillo , Byers , Ludy .	Am J Crit Care
EUA, 2002	Nurses' accuracy in estimating backrest elevation	Dillon, Munro, Grap.	Am J Crit Care
EUA, 2003	A multisite survey of suctioning Techniques and airway management practices	Sole, Byers, Ludy , Zhang , Banta , Brummel.	Am J Crit Care
EUA, 2003	Subjective perceptions and Physiological variables during Weaning from mechanical ventilation	Twibell, Siela, Mahmoodi.	Am J Crit Care
EUA, 2003	Effect of tracheal gas insufflation During weaning from prolonged Mechanical ventilation: a preliminary study	Hoffman, Tasota, Delgado, Zullo, Pinsky.	Am J Crit Care
EUA, 2004	Communication ability, method, and content among Nonspeaking nonsurviving patients treated with Mechanical ventilation in the intensive care unit	Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-homas, Kitutu	Am J Crit Care
EUA, 2004	Pain assessment and management in critically Ill intubated patients: a retrospective study	Gélinas, Fortier, Viens, Fillion, Puntillo	Am J Crit Care
EUA, 2005	Effect of backrest elevation on the Development of ventilator -associated pneumonia	Grap, Munro, Hummel, Elswick, McKinney, Sessler .	Am J Crit Care
EUA, 2006	Preferences for mechanical ventilation among Survivors of prolonged mechanical ventilation And tracheostomy	Guentner, Hoffman, Happ, Kim, Dabbs, Mendelsohn et al	Am J Crit Care
EUA, 2006	Weaning readiness and fluid balance In older critically ill surgical patients	Epstein, Peerless	Am J Crit Care
Brasil, 2007	Central de Ventiladores Mecânicos: Organização, Segurança e Qualidade	Batista, Alcântara, Paula	Rev. bras. ter. intensiva
Brasil, 2007	Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental	Castellões, Silva	Rev. bras. Enferm

Neste estudo foi eleito um recorte temporal de 10 anos, iniciando em 1997, porém o primeiro estudo encontrado é de 2001, dos autores Zeitoun, Barros, Diccini e Juliano, tratando-se de um ensaio clínico randomizado, com uma amostra constituída por 20 pacientes, cujo objetivo era verificar a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) entre dois grupos, onde em um grupo era realizada aspiração das vias aéreas e prótese pelo sistema aberto e o outro grupo realizava-se pelo sistema fechado. O estudo demonstrou que não houve resultados significantes, porém tratam-se de dados preliminares (ZEITOUN et al., 2001).

O estudo de Moreira e Padilha, estudo qualitativo, que contou com uma população de profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem no total de 53 participantes, a coleta de dados se deu através de entrevista semi-estruturada objetivando analisar as ocorrências iatrogênicas durante a assistência a pacientes em prótese ventilatória, e tendo como objetivos específicos caracterizar as ocorrências e identificar as consequências imediatas para os pacientes. As situações referentes à iatrogenia em pacientes submetidos à ventilação mecânica evidenciadas neste estudo hierarquicamente descritas foram: realização de procedimentos piora clínica súbita, problemas relacionados aos equipamentos, admissão na UTI. Demonstrando que, atividades envolvendo o pessoal de enfermagem no cuidado direto com o paciente acabam por expô-los a riscos iatrogênicos. Não desconsiderando, sobretudo a própria situação clínica do paciente, bem como a qualidade dos equipamentos utilizados (MOREIRA; PADILHA, 2001).

Os comportamentos relacionados à pacientes sob ventilação mecânica identificados foram: execução incorreta de procedimentos técnicos, falha técnica dos equipamentos, desempenho inadequado pela inexperiência do profissional, falta de material e equipamento em condições de uso, decisão inadequada sobre transporte do paciente; sendo a execução incorreta de procedimentos técnicos o mais evidente 73% dos relatos.

As consequências para os pacientes descritas foram: extubação, reintubação, nenhuma aparente, óbito, piora das condições clínicas, PCR; sendo extubação e reintubação mais frequente. O estudo evidenciou a necessidade de profissionais experientes, e melhor capacitação para os profissionais que cuidam de pacientes graves em ventilação mecânica, implementação de medidas preventivas de ocorrências iatrogênicas.

Epstein, Mokadem e Peerless, desenvolveram estudo em um centro de trauma na unidade de cuidados intensivos em Cleveland, Ohio, com a finalidade de acompanhar o desmame de pacientes com mais de 60 anos e em longo tempo de ventilação mecânica, considerado neste estudo longo prazo: quando mais que 3 dias em uso de prótese. A população contou com pacientes de 60 anos de idade ou mais, que utilizavam suporte ventilatório mecânico invasivo. Havia a decisão de iniciar o desmame ventilatório, que era dada pelo médico assistente de acordo com o protocolo da instituição e variáveis fisiológicas do paciente, e então a equipe de enfermeiros, fisioterapeutas e médicos iniciavam com processo colaborativo. Aqueles que por 3 dias não evoluíam com desmame eram incluídos no estudo. O estudo concluiu que pacientes críticos desenvolvem diversas respostas adaptativas ao estresse, e que os mais idosos têm muitos fatores de riscos associados, assim quando a equipe desmama pacientes mais idosos, não desmamam apenas os pulmões, mas sim todo o paciente, o estudo não ofereceu nenhuma recomendação definitiva para prática pela pequena dimensão da amostra (EPSTEIN; MOKADEM; PEERLESS, 2002).

Sole, Byers e Ludy (2002), desenvolveram um estudo piloto e de instrumento de avaliação, sobre técnicas de gestão das vias aéreas de pacientes intubados com sistema de sucção fechado e compararam técnicas utilizadas por enfermeiros e fisioterapeutas. Foi

um estudo descritivo comparativo, o cenário foi constituído por quatro unidades de internação de pacientes adultos, onde a utilização de sistema de sucção fechado fosse utilizada em mais de 50% dos pacientes em ventilação mecânica. Resultados demonstraram variação na prática e padrões apontando a necessidade de enfermeiros e fisioterapeutas aplicarem coerências a suas práticas assegurando a eficácia dos procedimentos (SOLE et al., 2002).

Sole et. al (2002) desenvolveram estudo prospectivo descritivo, com objetivo de identificar agentes patogênicos associados a pneumonia associada a ventilação mecânica e avaliar o crescimento bacteriano em secreções e equipamentos de aspiração e de suporte ventilatório invasivo. Foi realizado em unidades de terapia intensiva de um hospital terciário, foram incluídos no estudo pacientes adultos, intubados por via oral por pelo menos 24 horas antes da inscrição no estudo. Resultados indicaram colonização concomitante da boca, escarro equipamentos de sucção e similares por bactérias de risco potencial para pneumonia associada à ventilação mecânica, devido as limitações do estudo não se pode determinar que este seja fator primordial contribuinte para desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica.

Dillon, Munro e Grap (2002) estudaram a precisão da estimativa do ângulo de elevação de cabeceira de leitos por enfermeiros, a amostra foi constituída por 67 enfermeiros com tempo variados de experiência em cuidados intensivos. Os resultados demonstraram que enfermeiros têm precisão em suas estimativas. Porém apontaram a necessidade de abordagens para conscientização dos enfermeiros quanto aos benefícios de manter o posicionamento da cabeceira em ângulo elevado, e os riscos da posição supino, sugerindo a necessidade de documentação escrita desse procedimento para reforçar a responsabilidade sobre o posicionamento do paciente.

Sole et al. (2003) em estudo descritivo comparativo, descreveu políticas institucionais e procedimentos relacionado a gestão da aspiração das vias aéreas dos pacientes sob ventilação mecânica com sistema de sucção fechado, bem como comparou as práticas de enfermeiros e fisioterapeutas. Reforçando assim a conclusão do estudo preliminar anterior com menor amostra que, as práticas dos enfermeiros e fisioterapeutas precisam ser unificadas e baseadas em evidências, apontando também a necessidade de incluir nas rotinas, cuidado como higiene bucal, garantindo assim melhor padrão de assistência aos pacientes intubados.

Twibell, Siela e Mahmoodi (2003) desenvolveram estudo descritivo, correlacional e prospectivo, com objetivo de explorar a percepção subjetiva da dispnéia e fadiga que ainda é pouco estudada, e sua influência/correlação com as variáveis fisiológicas em fase de desmame ventilatório, essas percepções subjetivas foram medidas de forma visual e através de escalas. O estudo concluiu que apesar das percepções subjetivas não estejam diretamente relacionada aos resultados do desmame, estão diretamente associadas as variáveis fisiológicas influenciando seus resultados. Sendo assim tornando-se necessário o desenvolvimento de uma nova modalidade de desmame, incluindo avaliação primária e secundária, sendo como primária as variáveis fisiológicas e as secundárias as percepções subjetivas.

Hoffman et al. (2003) realizaram ensaio clínico randomizado, com objetivo de determinar se a insuflação de gás traqueal pode reduzir a demanda ventilatória a curto prazo, durante desmame em pacientes que requerem ventilação mecânica prolongada. Com base na mudança de pontuação os pacientes foram classificados como respondedores e não respondedores. Foi evidenciado nos respondedores que a utilização deste método durante duas horas em peça T produziu alterações compatíveis com uma diminuição da demanda ventilatória, identificaram também que os pacientes com maior probabilidade de benefícios, os respondedores, tinham história de doença pulmonar obstrutiva ou restritiva, e receberam

ventilação mecânica por menos dias que os não respondedores além de apresentarem evento pulmonar agudo.

Happ et al. (2004) realizaram estudo descritivo, retrospectivo, que objetivou descrever a capacidade de comunicação, métodos e conteúdos entre pacientes não sobreviventes tratados com ventilação mecânica invasiva. Os resultados indicaram que uma proporção significativa dos pacientes comunicavam-se através de movimentos com a cabeça, palavras com a boca e gestos, mesmo em uso de sedativos e narcóticos analgésicos. Sugerem ainda que este estudo poderia ser utilizado para uma maior compreensão do processo de comunicação utilizados por esses pacientes a fim de desenvolver intervenções para melhorar essa comunicação.

Gélinas, Fortier, Viens, Fillion e Puntillo (2004) realizaram estudo exploratório, retrospectivo de abordagem quantitativa, afim de descrever: indicadores utilizados pelos enfermeiros e médicos para avaliar a dor, a gestão dessa dor (intervenções farmacológicas e não farmacológicas) por enfermeiros, e os indicadores utilizados para reavaliação da dor após intervenção dos enfermeiros afim de avaliar a eficácia das mesmas. Os resultados indicaram que a documentação dos episódios ocorridos por muitas vezes é incompleta. Foram observados os indicadores em 97% do tempo, o auto-relato da dor ocorreu em 29%, intervenções farmacológicas foram usadas com mais frequência 89%, em quase 40% do tempo a dor não foi reavaliada após intervenção. O estudo apontou a falta de uma ferramenta de avaliação, tornando-se necessária a investigação para melhorar a qualidade dos cuidados e gestão da dor.

Grp, Munro, Hummel et al. (2005) estudaram através de uma abordagem não experimental, longitudinal, descritiva, a relação entre elevação da cabeceira e o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes ventilados mecanicamente. Durante todo o período do estudo a média de elevação foi de 21,7°, bem abaixo do recomendado. Destacaram que além do encosto da cama abaixo do recomendado, a gravidade do doente contribuíram para desenvolvimento da PAV. O estudo apontou como potenciais problemas para esta prática: cisalhamento da pele e maior necessidade de reposicionamento.

Guentner, Hoffman, Happ et al. (2006) estudaram as preferências dos sobreviventes de ventilação mecânica prolongada (> 7 dias) e fatores que influenciam essas preferências, utilizaram o método descritivo e transversal. Os resultados apontaram que sobreviventes de longo período em ventilação mecânica declararam que se fosse necessário submeteriam-se novamente a ventilação mecânica. Fatores como elevados níveis de depressão influenciaram negativamente nessas escolhas, quanto mais elevados encontravam-se esses níveis, mais negativa era a resposta desses pacientes.

Epstein e Peerless (2006) desenvolveram um estudo descritivo, longitudinal, com a finalidade de desenvolver um perfil clínico das características dos pacientes mais idosos que são desmamados da ventilação mecânica com sucesso e os que não o são. A população contou com 40 pacientes que tinham menos de 60 anos de idade. Comparando esses pacientes que não foram desmamados com aqueles que obtiveram sucesso no desmame, encontramos necessidade de ventilação mecânica mais prolongada (média de 10,7 versus 14,5 dias), e maior saldo de fluídos acumulados no momento da inscrição (6,856 versus 16,212 L) no momento da inscrição. Concluindo que balanço hídrico positivo em pacientes mais velhos está associado a necessidade de ventilação mecânica prolongada.

Batista, Alcântara e Custódio (2007) realizaram estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, contando com uma população de 13 enfermeiros de unidades de

terapia intensiva. Com o objetivo de elaborar uma proposta de implantação de uma central de ventiladores mecânicos, subsidiado pela identificação do conhecimento técnico científico dos enfermeiros sobre o tema e pela detecção de problemas oriundos do gerenciamento descentralizado. Os resultados apontaram que os enfermeiros possuem diversas dúvidas, assim como situações descritas pelos enfermeiros demonstraram que a descentralização do gerenciamento dos ventiladores mecânicos mostra-se ineficaz no que tange a organização, segurança e qualidade.

Castellões e Silva (2007) apresentaram um estudo de relato de experiência do emprego de um guia pautado nas recomendações encontradas em levantamento bibliográfico no Medline e na experiência profissional, com o objetivo de prevenir a extubação acidental que ocorre associada ao cuidado de enfermagem, para os quatro momentos de maior incidência que são: banho no leito, transporte, troca de fixação e mudança de decúbito. Este estudo apontou também que a enfermagem ainda registra pequena produção científica referente aos cuidados com pacientes intubados em ventilação mecânica, concentrando seus conhecimentos na prática de cuidados associados principalmente às questões de aspiração de secreções pulmonares.

Analisando os resultados expostos percebe-se que mesmo com recorte temporal de 10 anos (1997-2007), as publicações acerca do tema ventilação mecânica em enfermagem só começaram a ser produzidas em 2001 como demonstra os primeiros estudos encontrados de Zeitoun e Moreira. Ambos estudos evidenciando a preocupação da enfermagem na prevenção de danos.

Em 2002 observou-se um aumento significativo no número das publicações, predominantemente nos EUA, onde encontramos 4 estudos acerca do tema, sendo 3 inseridos no contexto da PAV, bem como discorrendo sobre algumas estratégias que estão inseridas no bundle da vap. Como os autores Sole e Dillon que descreveram sobre gestão das vias aéreas e elevação da cabeceira.

Produções científicas de origem Americana demonstram grande envolvimento e evolução da enfermagem no contexto do cuidado ao paciente ventilado mecanicamente, abordam vários aspectos intrínsecos a esta temática como vimos anteriormente.

O acervo literário de enfermagem sobre ventilação mecânica no Brasil ainda é escasso, com apenas 4 estudos no recorte temporal de 10 anos, porém pudemos observar que mesmo com poucas publicações, a enfermagem saiu da restrição de se estudar apenas gestão das vias aéreas, e já começa a estudar intervenções diferenciadas assim como a enfermagem Americana com intuito de prevenir complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não serem encontrados registros históricos, registrados por enfermeiros, desde quando estes têm contato com a modalidade de suporte ventilatório mecânico a pacientes graves, acredita-se que estes façam parte da assistência ao paciente grave em ventilação mecânica desde sua inserção nas modalidades de tratamento.

Evidencia-se neste trabalho que publicações acerca do tema na enfermagem, ainda têm um número pouco expressivo. Dado fato de o enfermeiro ser um profissional muito ligado ao "fazer", talvez esteja aí um dos motivos para esse baixo número de publicações, principalmente no Brasil.

Percebe-se ser necessária a abordagem destes profissionais em seu campo de prática, para posterior descrição das intervenções de enfermagem atuais dispensadas a estes

pacientes, e qual o nível de importância dado pelos enfermeiros a este tipo de assistência, se os mesmos têm dúvidas, e se sabem qual o seu papel no binômio paciente e ventilador mecânico.

Como fatores limitantes, pode-se destacar o pequeno número de artigos brasileiros, para melhor acompanhamento da evolução dos cuidados de enfermagem, e a falta de registro que possa basear como era a assistência de enfermagem no início da utilização da ventilação mecânica como tratamento dos pacientes graves.

Frente a este levantamento torna-se necessário ser mais frequente as discussões acerca do assunto que trata-se este trabalho, para levantamento das melhores evidências da prática, para posterior divulgação e implementação em nossa prática cotidiana, aderindo esses cuidados sob uma nova visão, visionando a assistência de enfermagem baseada nas melhores evidências.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. V. G. *Assistência ventilatória mecânica*. São Paulo: Atheneu, 2006.

BATISTA, M. A.; ALCÂNTARA, E. C.; GOMES, L. K. *et al*. Central de ventiladores mecânicos: organização, segurança e qualidade. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, n.4, p.450-455, 2007.

CASTELLÕES, T. M. F. W.; SILVA, L. D. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.1, p-106-109, 2007.

DILLON, A.; MUNRO, C. L.; GRAP, M. J. Nurses' accuracy in estimating backrest elevation. *Am J Crit Care*, v.11, n.1, p.34-37, 2002.

EPSTEIN, C. D.; MOKADEM, N. E.; PEERLESS, J. R. Weaning older patients from long term mechanical ventilation: a pilot study. *Am J Crit Care*, v.11, n.4, p.369-377, 2002.

EPSTEIN, C. D.; PEERLESS, J. R. Weaning readiness and fluid balance in older critically ill surgical patients. *Am J Crit Care*, v.15, n.1, p.54-64, 2006.

GÉLINAS, C.; FORTIER, M.; VIENS, C. *et al*. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *Am J Crit Care*, v.13, n.2, 126-135, 2004.

GRAP, M. J.; MUNRO, C. L.; HUMMEL, R. S. *et al*. Effect of backrest elevation on the Development of ventilator-associated pneumonia. *Am J Crit Care*, v.14, n.4, p.325-332, 2005.

GUENTNER, K.; HOFFMAN, L. A.; HAPP, M. B. *et al.* Preferences for mechanical ventilation among Survivors of prolonged mechanical ventilation And tracheostomy. *Am J Crit Care*, v.15, n.1, p.65-77, 2006.

HAPP, M. B.; TUIITE, P.; DOBBIN, K. *et al.* Communication ability, method, and content among Nonspeaking nonsurviving patients treatedwith Mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am J Crit Care*, v.13, n.3,210-218, 2004.

HOFFMAN, L.A.; TASOTA, F. J.; DELGADO, E. *et al.* Effect of tracheal gas insufflation Duringweaning from prolonged Mechanical ventilation: a preliminary study. *Am J Crit Care*, v.12, n.1, p.31-39, 2003.

MOREIRA, R. M.; PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos a ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.14, n.2, p.9-18, 2001.

SILVA, L. D.; FILHO, R. D. B. *Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para enfermagem*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

SILVA, C. R. L.; COSTA, E. M.; SHIRATORI, K. A lei do exercício profissional na prática em UTI. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L. *CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

SOLE, M. L.; BYERS, J. F.; LUDY, J. E. *et al.* Suctioning techniques and airway managment practices: pilot study and instrument evaluation. *Am J Crit Care*, v.11, n.4, p.363-368, 2002.

SOLE, M. L.; BYERS, J. F.; LUDY, J. E. *et al.* A multisite survey of suctioning Techniques and airway management practices. *Am J Crit Care*, v.12, n.3, p.220-230, 2003.

SOLE, M. L.; POALILLO, F. E.; BYERS, J. F. *et al.* Bacterial growth in secretions And on suctioning equipment of Orally intubated patients: a pilot study. *Am J Crit Care*, v.11, n.2, p.141-149, 2002.

TWIBELL, R.; SIELA, D.; MAHMOODI, M. Subjective perceptions and Physiological variables during Weaning from mechanical ventilation. *Am J Crit Care*, v.12, n.2, p.101-112, 2003.

ZEITOUN, S. S. *et al.* Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos a aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.9, n.1, p.46-52, 2001.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Jarlesson Laughton Pereira¹; Katiane Rodrigues da Silva²; Carolina dos Reis Alves³

RESUMO: As úlceras de pressão são lesões cutâneas produzidas em consequência de falta de irrigação sanguínea e de irritação da pele que reveste uma saliência óssea nas zonas em que esta foi pressionada contra uma cama, uma cadeira de rodas, um molde, uma tala ou outro objeto rígido durante um período prolongado. O presente estudo objetivou verificar as medidas utilizadas pela equipe de enfermagem para a prevenção das úlceras de pressão em pacientes acamados; identificar os fatores predisponentes para o aparecimento das úlceras de pressão. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados no período de 2003 a 2010 em periódicos científicos nacionais disponíveis na Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Google Acadêmico. Para estabelecer a amostra do estudo, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: úlceras de pressão e assistência de enfermagem. Incluíram-se no estudo 16 artigos que foram interpretados com base na Análise de Conteúdo. A análise dos artigos possibilitou a descrição em três categorias. Identificou-se os fatores predisponentes para a ocorrência de úlcera de pressão que são fatores extrínsecos, como pressão, cisalhamento, fricção e umidade; nos fatores intrínsecos destacam-se a idade, estado nutricional, perfusão dos tecidos, uso de medicamentos e doenças crônicas, anemia, imobilidade, infecção, sensibilidade cutânea, distúrbios vasculares, diminuição ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos e incontinências. Além da Assistência de enfermagem como medida preventiva na ocorrência das úlceras de pressão, os fatores extrínsecos podem ser evitados ou mesmo controlados pela equipe de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Úlcera de Pressão; Prevenção.

NURSING CARE IN THE PREVENTION OF PRESSURE ULCERS: REVIEW OF LITERATURE

ABSTRAT: Pressure ulcers are skin lesions produced as a result of a lack of blood supply and an irritation of the skin that covers a bony areas where it was pressed against a bed, a wheelchair, a cast, splint or other rigid object during a prolonged period. This study aimed to verify the measures used by nursing staff to prevent pressure sores for bedridden patients, to

¹ Acadêmico do Curso de Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho – FASA. E-mail: jarlesson@uol.com.br

² Acadêmica do Curso de Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho – FASA.
E-mail: katydarta@yahoo.com.br

³ Mestre em Ciências da Saúde. Docente do curso de enfermagem das Faculdades Santo Agostinho – FASA.
E-mail: cacau-ba@hotmail.com

Recebido em: 27/01/2011
Aprovado em: 08/07/2011

identify the predisposing factors for the onset of pressure sores. This is a literature search of articles published between 2003 to 2010 in national scientific journals available in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Center on Health Sciences (LILACS) and Google Scholar. To establish the study sample was performed using the Descriptors in Health Sciences: pressure ulcers and nursing care. The study included 16 articles that were interpreted based on content analysis. The analysis of the articles allowed for the description of the analysis into three categories: predisposing factors, the occurrence of pressure ulcers that are extrinsic factors such as pressure, shear, moisture and friction, the intrinsic factors include the age, nutritional status, perfusion tissues, medications and chronic diseases, anemia, immobility, infection, skin sensitivity, vascular disorders, decrease or loss of muscle tone, neurological disorders and incontinence. Besides nursing assistance as a preventive measure in the occurrence of pressure ulcers, extrinsic factors can be prevented or even controlled by the nursing staff to avoid the appearance of a lesion. Nursing care related interventions include comprehensive evaluation of the client at risk of acquiring the injury through the use of prediction scales.

KEYWORDS: Nursing Care, Pressure Ulcer, Prevention.

INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão (UP) são úlceras decorrentes de isquemia tecidual local que resultam em necrose celular, especialmente dos tecidos moles em virtude da compressão desses tecidos entre a proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo (ANSELMÍ et al., 2009; BLANES et al., 2004).

Entre os determinantes críticos para o aparecimento de úlceras, tem-se a intensidade e duração prolongada de pressão sobre os tecidos mais a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-las. Esses aspectos estão relacionados: à mobilidade do paciente, entendida como a capacidade em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo promovendo a circulação; e à percepção sensorial que implica no nível de consciência e reflete a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las (CARVALHO et al., 2007).

A capacidade que a pele possui de tolerar a pressão e impacto é influenciada por fatores extrínsecos, como: exposição da pele à umidade excessiva, fricção, cisalhamento e fatores intrínsecos, entre eles: deficiência nutricional, idade avançada e diminuição da pressão arteriolar (CARVALHO et al., 2007).

Outro fator agravante é a alteração do reflexo de dor em pacientes com lesão medular (tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos), pacientes debilitados, idosos ou cronicamente doentes tratados tanto em ambiente hospitalar, quanto aqueles tratados no domicílio, constituindo um problema importante no processo de atenção à saúde e de enfermagem por afetar a qualidade de vida do paciente (ANSELMÍ et al., 2009; CARVALHO et al., 2007).

Cerca de 95% das UP são evitáveis, por esse motivo torna-se imprescindível utilizar todos os meios disponíveis para realizar uma eficaz prevenção e tratamento das UP já estabelecidas diante do conhecimento dos fatores que predispõem ao aparecimento ou mesmo quando já se tem a lesão instalada, torna-se necessário o estabelecimento de metas e um planejamento direcionado a um tratamento que seja específico, de acordo com

a característica tecidual, estágios da lesão, entre outros elementos. E que também possa direcionar as ações de forma a estabelecer processo avaliativo contínuo que leve ao estabelecimento de ações preventivas e não somente curativas (CASTILHO; CALIRI, 2005; CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

A maioria das lesões tem como principal causa os fatores extrínsecos, os quais podem ser evitados, ou mesmo controlados pela equipe de enfermagem para evitar o surgimento delas. As equipes prestadoras de cuidados de saúde deverão possuir os conhecimentos necessários para identificação e quantificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que são causadores das UP (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

É imprescindível, portanto, o processo de avaliação do risco para o desenvolvimento das UP, buscando detectar, precocemente, o paciente com potencial para esse tipo de lesão e, programar medidas específicas de prevenção, além de direcionar as intervenções de enfermagem através das escalas disponíveis (CREMASCO et al., 2009).

Este estudo justifica-se e é importante, pois, entre as ações de enfermagem, consideradas medidas preventivas para o desenvolvimento de UP, têm-se: a mobilização e o (re) posicionamento adequado do paciente, os cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de creme hidratante, a indicação e o monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros (CARVALHO et al., 2007).

O estudo teve como objetivo verificar as medidas utilizadas pela equipe de enfermagem para a prevenção das úlceras de pressão em pacientes acamados e identificar os fatores predisponentes para o aparecimento das UPs.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica que é elaborada a partir de material já publicado constituído de artigos, livros, periódicos e materiais disponibilizados nas bases de dados da Internet (CREMASCO et al., 2009; COSTA, COSTA, 2007).

Com o intuito de alcançar os objetivos, foi realizado um levantamento e revisão das literaturas especializadas mais importantes publicadas a respeito do tema "Assistência de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão".

A pesquisa bibliográfica com o levantamento científico foi realizada no período de 01 de setembro a 07 de outubro de 2010, tendo como base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Google acadêmico. Para estabelecer a amostra do estudo, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): úlceras de pressão e assistência de enfermagem.

Foram utilizados como critério de inclusão todos os artigos gratuitos publicados no período de 2000 a 2010, que estivessem disponíveis na íntegra em português e fossem aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a resolução N°196/1996 de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Após a busca dos artigos, o material foi organizado e foram excluídos textos que não se referiam ao assunto. Ao acessar os textos nas bases de dados, também foram excluídos os que se repetiam, que não tinham assistência de enfermagem e por estarem em inglês.

Dessa forma, encontraram-se 14 artigos dentro do critério de inclusão que foram interpretados com base na técnica de análise de conteúdo por meio da realização de três etapas que consistiram na pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial com a identificação de três categorias (COSTA, COSTA, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos periódicos permitiu a identificação de quatorze artigos distribuídos pelos periódicos, conforme apresentado no Quadro 1.

PERIÓDICOS / NÚMERO DE ARTIGOS	AUTORES	ANO	TÍTULO
Revista Enfermagem Integrada	Souza; Pereira; Gama	2010	O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão.
Acta Paulista Enfermagem	Chayamiti; Caliri	2010	Úlcera por pressão em paciente sob assistência domiciliar.
Revista HCPA –	Menegon <i>et al.</i>	2007	Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Acta Paulista Enfermagem	Anselmi; Peduzzi; França Junior	2009	Incidência de úlceras de pressão e ações de enfermagem.
Revista Eletrônica de enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição	Gomes <i>et al.</i>	2009	Proposta de sistematização da assistência de enfermagem em unidade de cuidados intensivos à luz da literatura.
Acta Paulista de Enfermagem	Diccini, Camaduro, Iida	2009	Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário.
Revista da escola de enfermagem USP	Medeiros; Lopes; Jorge	2009	Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros.
Arq Ciência Saúde Unipar	Ito <i>et al.</i>	2004	Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso.
Revista Baiana de Saúde Pública	Carvalho <i>et al.</i>	2007	Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão.
Revista Enfermagem UERJ	Costa; Oliveira	2005	Fenômeno de Enfermagem em portadores de lesão medular e o desenvolvimento de úlceras por pressão.
Revista Associação Medicina Brasileira	Blanes <i>et al.</i>	2004	Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo.
Revista Meio Ambiente, Saúde	Costa; Costa	2007	Assistência de enfermagem ao cliente portador de úlcera de pressão: abordando a importância do conhecimento e informação.
Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN	Sousa; Santos; Silva	2006	Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras de pressão – evidências do cuidar em enfermagem.
Revista brasileira de terapia intensiva	Louro; Ferreira; Póvoa	2007	Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão.
Revista Instituto Ciências Saúde	Alves <i>et al.</i>	2008	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado.
Acta Paulista Enfermagem	Rocha; Barros	2006	Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow.

QUADRO 1. Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática de prevenção de úlcera de pressão, no período de 2000 a 2010.

Fonte: Pesquisa bibliográfica, outubro, 2010.

A análise dos artigos referentes à temática assistência de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão, conforme os descritores estabelecidos, possibilitou a descrição das análises em três categorias.

O desenvolvimento de úlceras por pressão é um grave problema relacionado aos profissionais da enfermagem, pois, comumente, está associado à má qualidade da assistência realizada por eles, exigindo uma grande demanda de tempo e dinheiro para o tratamento das lesões (DICCINI *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2009; ITO *et al.*, 2009).

Os artigos publicados relativos a essa temática destacam que apenas a inadequação da assistência não é capaz, isoladamente, de causar a úlcera de pressão, mas o somatório de vários fatores intrínsecos e extrínsecos poderá contribuir para o desenvolvimento dessas úlceras em pacientes hospitalizados. Entretanto, a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, é a responsável direta pela garantia de integridade física e mental do cliente assistido já que o enfermeiro é o coordenador da assistência, uma vez que é ele que executa, supervisiona e aconselha os cuidados prestados, além da necessidade de possuir conhecimento técnico-científico, competências e habilidades (GOMES *et al.*, 2009; ITO *et al.*, 2009; LOBOSCO *et al.*, 2008; LOURO, FERREIRA; PÓVOA, 2007).

Os fatores extrínsecos mais destacados nos artigos são: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. A pressão é um fator significativo para a ocorrência da úlcera e tem sua ação diretamente proporcional à duração e à intensidade da pressão além tolerância tecidual (ITO *et al.*, 2009; LOBOSCO *et al.*, 2008; MENEGON *et al.*, 2007; MEDEIROS *et al.*, 2009; ROCHA, BARROS, 2007).

A umidade contribui para a gênese das úlceras, pois macera e enfraquece as camadas superficiais aumentando a vulnerabilidade da área afetada; essa umidade pode ser decorrente de incontinência urinária, anal e transpiração; na estratificação de risco a ocorrência de incontinência representa a classificação de alto risco (MENEGON *et al.*, 2007).

Em relação aos fatores intrínsecos, destacam-se a idade, estado nutricional, perfusão dos tecidos, uso de medicamentos, e doenças crônicas, anemia, imobilidade, infecção, sensibilidade cutânea, distúrbios vasculares, diminuição ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos, incontinências dentre outros (GOMES *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2010).

Os artigos ressaltam que o fator intrínseco - idade - como um dos maiores fatores associados à fisiopatogênese da úlcera por pressão agregada a outros fatores, como desnutrição, mobilidade e umidade. A desnutrição refere-se a uma ingestão deficiente de proteínas, vitaminas e sais minerais que pode comprometer severamente os tecidos moles e, especialmente, interferir na síntese de colágeno contribuindo para a ocorrência das úlceras e no atraso na cicatrização (MENEGON *et al.*, 2007; GOMES *et al.*, 2009).

A idade assume um grande papel nesse contexto das úlceras, especialmente a idade avançada. Esta, aliada ao processo de senilidade em que ocorre a redução na elasticidade da pele e da reposição celular, levando à diminuição da camada dérmica, além da redução da vascularização, contribui para o retardo do processo de cicatrização, além da diminuição da mobilidade associada a alterações na percepção da dor e da resposta inflamatória. Vários autores afirmam que a imobilidade é determinante para o desenvolvimento das úlceras (MEDEIROS *et al.*, 2009; ROCHA, BARROS, 2007; SOUZA *et al.*, 2006).

As doenças crônicas degenerativas, em especial diabetes, representam fator intrínseco, pois promovem alterações do fluxo sanguíneo periférico, associado à maior circulação de glicose, causando interferência no transporte de ácido ascórbico no sentido da célula, interferindo no processo de multiplicação celular (MENEGON *et al.*, 2007).

O tabagismo refere-se à ação da nicotina que interfere no fluxo sanguíneo, causando vasoconstrição, acarretando uma diminuição da oxigenação e fornecimento de nutrientes para os tecidos. As outras drogas, dependendo da quantidade e do tempo de uso, levam à alteração da perfusão periférica e aumento do risco de lesão tissular (MENEGON et al., 2007).

Outro fator destacado nos artigos foi a iatrogenia na enfermagem. Esse fator representa um grave problema que contribui muito com o aparecimento da UP e está intimamente ligado à inadequação do processo de cuidar em enfermagem, em que ocorre falha em garantir um cuidar livre de danos e maleficência e que garanta a integridade e beneficência (GOMES et al., 2009; LOURO et al., 2007).

Assistência de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão

A maioria das lesões tem como principal causa os fatores extrínsecos, os quais podem ser evitados ou mesmo controlados pela equipe de enfermagem para evitar o surgimento de uma lesão. As equipes prestadoras de cuidados de saúde deverão possuir os conhecimentos necessários para a identificação e quantificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que são causadores das UPs (LOBOSCO, 2008; CHAYAMITI, CALIRI, 2010).

Atualmente no Brasil, usa-se a Escala de Braden para avaliar o risco de lesão de pele em pacientes hospitalizados e, também, é utilizada no intuito de prevenir o aparecimento das úlceras possibilitando medidas profiláticas. A sua elaboração tem como base a fisiopatologia das úlceras, utilizando determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância tecidual além de subescalas compostas pelos itens – percepção sensorial, umidade da pele, mobilidade, atividade, estado nutricional, fricção e cisalhamento. Cada item recebe uma pontuação e a soma final representa o escore total que varia de 6 a 23, em que escores mais altos representam baixo risco ao aparecimento de UPs, enquanto os mais baixos se associam à maior predisposição e risco ao aparecimento (CARVALHO et al., 2007; BLANES et al., 2004).

Entretanto, apenas o uso da escala preditiva não é o suficiente para prevenir as UPs em pacientes hospitalizados, e sim a aplicação do processo e a sistematização da assistência de enfermagem poderão fornecer dados completos sobre os riscos de o paciente desenvolver UPs. Muitos hospitais do Brasil já estão implantando o protocolo assistencial de prevenção e tratamento, uma vez que a estratificação do risco permite a redução da incidência da UP em 50% (MEDEIROS et al., 2009; MENEGON et al., 2007; DICCINI et al., 2009)

Medidas preventivas para a ocorrência das úlceras de pressão: cuidados de enfermagem

O conhecimento dos fatores aliados à avaliação de risco para úlceras proporcionam ao enfermeiro subsídios para elaborar sua conduta de cuidados ao paciente, contribuindo para a prevenção, por meio da implementação de ações promocionais e preventivas descritas por diversos autores (CARVALHO et al., 2007; DICCINI et al., 2009; ITO et al., 2004; SOUSA et al., 2006; MEDEIROS et al., 2009; MENEGON et al., 2007).

- Avaliação do grau de risco com individualização da assistência, como a utilização de um protocolo para prevenção da UP;
- Utilização de escalas de avaliação do grau de risco, como, por exemplo, a Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa e outras, como as de Norton e Waterlow;

- Quadro demonstrativo enfatizando as áreas suscetíveis à UP;
- Providenciar um colchão de poliuretano (colchão de caixa de ovo) para o paciente, especialmente pacientes em cadeiras de rodas ou acamados, pois permite o apoio do corpo de forma uniforme sem causar pressão excessiva nas áreas vulneráveis;
- Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais;
- Mobilização ou mudança de posição de duas em duas horas representa uma das medidas preventivas mais citadas pelos autores, validando que o recurso da mudança de decúbito e o mais conhecido para o alívio das áreas de pressão nos tecidos e melhora da circulação local;
- Realizar massagem de conforto com emulsão;
- Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros; recomendam o uso de coxins para reduzir a pressão nas proeminências ósseas. O uso de travesseiros, almofadas e luvas com água na região dos calcâneos em que se recomenda a elevação dos pés em 10 cm de altura na região da panturrilha, deixando os calcâneos livres;
- Registro das alterações da pele do paciente; Checar as áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes de risco e otimizar o estado dessa pele;
- Tratamento precoce da pele: manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão, aliado à hidratação da pele com o uso de creme hidratante e umectante, especialmente à base de ácidos graxos essenciais, já que a pele seca torna-se suscetível à lesão;
- Promover a higiene adequada, evitando o uso de água muito quente, preservando a integridade cutânea seja com uso banhos regulares ou troca de forro de cama, evitando a umidade por meio das eliminações vesicais e intestinais ou da perspiração decorrente do próprio suor do indivíduo;
- Garantir o suporte nutricional com nutrição adequada;
- Garantir a hidratação pela via necessária seja oral ou endovenosa;
- Monitorar e documentar intervenções e resultados obtidos;
- Manter os lençóis esticados na cama para evitar dobraduras que gerem pontos de pressão.
- Implementar medidas de suporte mecânico: proteger/evitar complicações adversas de forças mecânicas externas sem promover fricção e sem encilhamentos;
- Criar e fornecer um programa de ensino para os pacientes de risco em longo prazo e para as pessoas que tomam conta deles.

Os cuidados de enfermagem na prevenção das UPs abrangem intervenções relacionadas ao acompanhamento integral do cliente em risco de adquirir a lesão, por meio da utilização de escalas de predição de risco, conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se, a partir da análise da produção científica relacionada à temática em estudo, que a úlcera de pressão é um grave problema dentro dos hospitais, quando se refere a pacientes internados há um longo período de tempo, e que pode ser evitado, através de medidas preventivas e assistência de enfermagem, sendo esta o indicador

responsável pelo aparecimento das UPs destacando a importância das ações da equipe de enfermagem.

Entretanto, o estudo revelou também que não só a má qualidade na assistência de enfermagem como também outros fatores contribuem para o aparecimento das UPs em pacientes. Esses fatores são a idade, imobilidade, déficit nutricional, fricção e cisalhamento, umidade, perfusão dos tecidos, uso de medicamentos, entre outros. Além desses fatores, os resultados obtidos nos estudos constataam que o aparecimento das UPs é de total culpa da equipe de enfermagem devido à iatrogenia e a precariedade na assistência, sendo que o profissional deverá buscar conhecimento técnico-científico maior e avaliar o paciente diariamente, através da escala preditiva de Braden e elaborar seu plano de cuidados, implementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as medidas preventivas necessárias para as UPs.

Em muitas instituições de saúde, os profissionais da equipe de enfermagem não estão preparados para cuidar de pacientes com UP, e têm a necessidade de implantação de programas de prevenção e assistência para a melhoria da qualidade com vista à educação permanente e continuada, visando ao compromisso da excelência da qualidade associado a adequações no gerenciamento e gestão da enfermagem e da saúde, fornecendo condições para a equipe de enfermagem exercer seu papel de cuidador. Com isso, faz-se necessária a realização de novos estudos, visando compreender melhor a fisiopatologia das úlceras aliada aos fatores predisponentes, fornecendo subsídios para o saber e o fazer de enfermagem, com o intuito de implementar as ações de prevenção.

REFERÊNCIAS

ANSELMINI, M.L. *et al.* Incidência de úlceras de pressão e ações de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n.3, p.257-64, 2009.

BLANES, L. *et al.* Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 2, p.182-7, 2004.

CARVALHO, L.S. *et al.* Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre a prevenção e tratamento da úlcera por pressão. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p.77-89, 2007.

CASTILHO, L. D.; CALIRI, M. H. L. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 5, P.597-601, 2005.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.23, n.1, p.29-34, 2010.

CREMASCO, M. F. *et al.* Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. especial, p.897-902, 2009

COSTA, F.M.F.; COSTA, S. H. P. *Úlcera de pressão: abordando a importância do conhecimento e informação*. 2007. Disponível em: <[http://www.faculadefuturo.edu.br/revista/2007/.../RMAS%20\(1\)%2022-32..pdf](http://www.faculadefuturo.edu.br/revista/2007/.../RMAS%20(1)%2022-32..pdf)>. Acessado em: 2 set. 2010.

DICCINI, S. *et al.* Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.22, n.2, p.205-9, 2009.

GOMES, A. L. *et al.* Proposta de sistematização da assistência de enfermagem em unidade de cuidados intensivos à luz da literatura. *Revista Eletrônica de enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, v. 1, n.2, p.1-18, 2009.

ITO, M. *et al.* Desafio da assistência de enfermagem: propostas de soluções nas úlceras de decúbito. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 3, n.1, 2004.

LOBOSCO, A. A. F. *et al.* O enfermeiro atuando na prevenção da úlcera de pressão. *Enfermeira Global*, n. 13, p. 21-25, 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/.../ULCERAS.../pagina1.html>>. Acessado em: 01 setembro 2010. *E*

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, n.3, p.337-341, 2007.

MENEGON, Dóris Baratz *et al.* Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no hospital de clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, n.27, v.2, p.62-65, 2007.

MEDEIROS, A. B.; LOPES, C. H. A. de F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n.1, p.223-228, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 20, n. 2, Apr./June 2007. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ape/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2010.

SOUSA, C. A. de; SANTOS, I. dos; SILVA, L. D. da. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão -

evidências do cuidar em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n.3, p.279-84, 2006.

SOUZA, A. C. *et al.* O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlceras por pressão e guia de prevenção e tratamento. *Revista Enfermagem Integrada*, v.3, n.1, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/.../o_processo_cuidar_profissionais_enfermagem.pdf>. Acesso em: 03 out. 2010.

I N S T R U Ç Õ E S A O S A U T O R E S

APRESENTAÇÃO

A revista *Cadernos de Ciência e Saúde* é uma publicação multidisciplinar e semestral. Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

NORMAS EDITORIAIS

As normas da revista *Cadernos de Ciência e Saúde* são baseadas nas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A emissão de opiniões, conceitos, e considerações finais/conclusões, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Considera-se dos autores a responsabilidade por declarar conflitos de interesse; apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal relacionados ao estudo; agradecimentos.

A decisão sobre a publicação é de responsabilidade do Conselho de Editoração. O artigo deve cumprir as normas da revista para apreciação. O Conselho de Editoração deverá decidir acerca da aceitação ou apresentar sugestões aos autores para modificações que julgar necessárias.

O critério para autoria do artigo está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, poderá ocorrer na seção “Agradecimentos”.

Processo de julgamento dos artigos

Os artigos submetidos, que atendem às “instruções aos autores” e que se enquadrem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho

Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações.

É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

Forma e preparação dos manuscritos

1. Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 laudas e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionada a temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos *Cadernos de Ciência e Saúde* (até 3 páginas e 1 ilustração);

1.6 Relato de Experiência (até 15 páginas e 3 ilustrações);

1.7 Atualização (até 20 páginas);

2 Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam colaborações em português.

3. Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 / 96, do Conselho

Nacional de Saúde) ou uma justificativa para ausência desse documento contendo a descrição dos cuidados éticos adotados pelo(s) autor(es) para substituí-lo. É responsabilidade dos autores reconhecer e informar ao Conselho Editorial a existência.

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a seis. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. Ainda na folha de rosto o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

8. Resumos e descritores – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos originais – para os artigos originais, o resumo deve conter no máximo 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo os *objetivos* do estudo ou investigação, os *métodos empregados*, os principais *resultados* e as principais *conclusões*. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>). Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As keywords devem seguir o Medical Subject Headings (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser narrativo, com até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões

mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.”

Modelo 2: “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc. “

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.

13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em especial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração** de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,

Responsabilidade - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses. Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho "TÍTULO DO ARTIGO" para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo. Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Espaço Para a Saúde.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: cienciaesaude@fasa.edu.br

Padrões para referências:

Livros:

SHULTZ, João. *Ciência e saúde*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

Capítulos de livros:

PEREIRA, Nelson T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). *Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais*. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, Lílian P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

